Rapport annuel de gestion
2011-2012
Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière

Québec

Rapport annuel de gestion
2011-2012
Agence de la santé
et des services sociaux de Lanaudière

Adopté par le conseil d'administration
le 18 septembre 2012

Publié par la Direction des communications et des relations publiques
avec la collaboration de tous les employés de

L'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière
245, rue du Curé-Majeau
Joliette (Québec) J6E 8S8
450 759-1157 ou 1 800 668-9229

Le Rapport annuel de gestion 2011-2012 est le fruit d'un travail collectif des différentes directions de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière sous la coordination de la Direction des communications et des relations publiques.

Adopté par le conseil d'administration le 18 septembre 2012

Nota bene :

- Dans ce document, le générique masculin est utilisé dans le seul but d'alléger le texte.
- À moins d'une mention spéciale, les données présentées dans ce document étaient exactes au 31 mars 2012.

Le *Rapport annuel de gestion 2011-2012* est disponible :

- À l'Agence : 450 759-1157, poste 4288
- À la section *Documentation* sous l'onglet *Rapports annuels* du site Web de l'Agence : www.agencelanaudiere.qc.ca

Reproduction autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source.

Dépôt légal :

3e trimestre 2012
ISBN : 978-2-89475-400-9 (version imprimée)
ISBN : 978-2-89475-401-6 (version PDF)

Bibliothèque et Archives Canada
Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Mot du président du conseil d'administration et de la présidente-directrice générale

Chaque année, le bilan annuel des activités nous permet de voir en rétrospective le chemin parcouru. Cette fois-ci, l'exercice a soulevé un sentiment de fierté particulier, puisque l'Agence et le réseau lanaudois ont connu de belles réussites en 2011-2012, et ce, malgré une année de transition importante. La concertation régionale, le partenariat et l'amorce des travaux d'optimisation sont au cœur même de ces succès que nous voulons partager avec l'ensemble des employés et des professionnels de l'Agence et des établissements.

Parmi les faits saillants de l'exercice financier 2011-2012, mentionnons le départ du président-directeur général de l'Agence, M. Jean-François Foisy, qui après une collaboration de cinq ans, a choisi de poursuivre sa carrière dans le réseau de la santé au sein d'un autre établissement. Celui-ci a cédé sa place, pour quelques mois, au président-directeur général intérimaire, M. Claude Desjardins, qui a tenu le fort jusqu'à l'arrivée de la nouvelle présidente-directrice générale de l'Agence, M^{me} Lucie Leduc, en mars 2012. Le départ à la retraite du directeur général adjoint, M. Claude Piché, en décembre 2011, après quinze années de services, a aussi apporté des changements au sein de l'Agence. Avant leur départ, M. Foisy et M. Piché ont pris part à la *Commission de la santé et des services sociaux*, en compagnie de directeurs de l'Agence, le 25 août 2011, pour rendre compte des résultats obtenus au cours des cinq dernières années. Cette démarche s'est avérée positive et a aussi permis de mettre en lumière les défis qui attendent la région pour l'avenir, dont celui de la croissance démographique.

Pour ce qui est des travaux régionaux, la continuité a été assurée dans plusieurs dossiers en cours, durant l'exercice financier 2011-2012. L'accessibilité aux soins et aux services est demeurée une priorité. Dans cette optique, nous sommes heureux de constater que les urgences de la région ont connu de légères diminutions des durées moyennes de séjour, malgré l'augmentation de l'achalandage. La rigueur et les efforts additionnels investis par chacun des établissements, dans le cadre de la loi 100, ont aussi marqué le secteur financier, en 2011-2012, puisque la région a pu respecter les cibles budgétaires fixées par le Ministère.

Du côté des services sociaux, le mieux-être des personnes âgées a été au cœur des priorités dans plusieurs sphères d'intervention, tant pour le soutien à domicile que pour le plan de services intégrés pour les personnes aînées. Notons également la mise en place du comité d'orientation sur la maltraitance des aînés. Dans un autre ordre d'idées, le dossier de la prévention du suicide ainsi que le dossier des jeunes en difficulté ont aussi connu de belles avancées, grâce entre autres au partenariat régional. Des travaux sont en cours pour la mise place d'un programme en négligence pour les jeunes âgés de 5 à 12 ans et le développement d'une vision régionale de la négligence. Ces travaux atteindront leur vitesse de croisière au cours de la prochaine année.

Cette notion de collaboration, alliée à la révision des processus, a aussi engendré des résultats notables en santé physique. Parmi ceux-ci, mentionnons la mise en place d'une zone franche entre les deux CSSS de la région, qui a permis d'offrir un meilleur service à la population en attente d'une chirurgie. Lanaudière est d'ailleurs l'une des rares régions du Québec à atteindre les cibles fixées par

le MSSS pour les chirurgies d'un jour. D'autres réalisations ont également pris forme dans le même esprit, par exemple, l'implantation de programmes pour la prévention et la gestion des maladies chroniques, dont l'autogestion des soins, des projets d'optimisation dans les secteurs de l'imagerie médicale et d'endoscopie, un projet de services de sages-femmes ainsi qu'un plan régional d'organisation des services pour les victimes d'infarctus aigu du myocarde.

L'engagement de la Direction de santé publique dans le cadre des grands dossiers intersectoriels a aussi marqué l'exercice financier. L'élaboration du *Plan d'action régional pour la solidarité et l'inclusion sociale* (PARSIS) et les travaux entourant l'adoption du *Plan métropolitain d'aménagement et de développement* (PMAD) de la Communauté métropolitaine de Montréal (CMM) ressortent tout particulièrement par l'incidence qu'ils auront sur les déterminants de la santé. En outre, la santé publique a pris part à l'élaboration de l'offre de service en promotion des saines habitudes de vie pour les écoles de la région. Elle a également procédé à une surveillance accrue des infections nosocomiales, en plus de participer à la campagne de rattrapage de la vaccination contre la rougeole dans les écoles primaires et secondaires lanaudoises.

Le secteur des ressources informationnelles a aussi été largement sollicité dans le cadre des activités 2011-2012. L'avènement du Dossier de santé du Québec (DSQ) dans la région ainsi que l'optimisation des ressources informationnelles constituent les faits saillants de l'année. Au nombre des initiatives mises de l'avant, la consolidation des services au plan régional et le partenariat Laval-Laurentides-Lanaudière retiennent particulièrement l'attention. La Direction des ressources informationnelles régionalisées a aussi participé à la commission parlementaire sur le DSQ le 21 septembre 2011.

Sur le plan des immobilisations, l'année 2011-2012 s'est avérée une année de continuité au sein du réseau régional. En effet, les travaux de longue haleine, amorcés en 2010-2011, se sont poursuivis dans le cadre du présent exercice financier. À ces projets, est venue se greffer l'évaluation des besoins des effectifs médicaux au plan régional.

Du côté des ressources humaines, le positionnement de la marque employeur régionale ainsi que la première planification régionale de la main-d'œuvre ont permis, une fois de plus, de rassembler les ressources du réseau autour de projets commun, au bénéfice de la population lanaudoise.

Nous vous invitons à prendre connaissance de toutes ces réalisations au fil des pages de notre Rapport annuel de gestion 2011-2012. En plus de présenter le fruit de notre travail, celui-ci donne également un aperçu de la tâche à remplir au cours des prochaines années. Il s'agit du prétexte parfait pour saluer le dévouement et le savoir-faire de toutes les personnes œuvrant au sein de notre réseau, et ce, à tous les jours. Grâce à elles, et aussi grâce aux partenaires, dont les organismes communautaires qui gravitent autour des soins et des services à la population, il nous est possible d'aller plus loin. L'année 2011-2012 constitue un bel exemple de ce que nous pouvons réaliser tous ensemble.

Enfin, nous tenons à remercier tous ceux qui ont marqué l'Agence de leur passage et qui ont choisi de s'investir dans de nouveaux accomplissements en 2011-2012. Un merci sincère à tous ceux qui restent et qui nous permettent de bâtir l'avenir sur leur expertise et leur professionnalisme.

Paul-Yvon de Billy
Président du conseil d'administration

Lucie Leduc
Présidente-directrice générale

Déclaration de fiabilité des données contenues dans le rapport de gestion de l'Agence 2011-2012 et des contrôles afférents

Les résultats et l'information contenus dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur l'exactitude, l'intégralité et la fiabilité des données, de l'information et des explications qui y sont présentées.

Tout au cours de l'exercice financier, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus afin de supporter la présente déclaration. De plus, je me suis assurée que des travaux soient réalisés afin de fournir une assurance raisonnable de la fiabilité des résultats, et spécifiquement au regard de l'entente de gestion.

À ma connaissance, l'information présentée dans le *Rapport annuel de gestion 2011-2012 de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière*, ainsi que les contrôles y afférant sont fiables, et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2012.

Lucie Leduc
Présidente-directrice générale

Table des matières

Mot du président du conseil d'administration et de la présidente-directrice générale iii

Déclaration de fiabilité des données contenues dans le rapport de gestion de l'Agence 2011-2012 et des contrôles afférents v

Table des matières vii

Le conseil d'administration et ses comités au 31 mars 2012 1
- Conseil d'administration 1
- Comité conseil sur l'éthique et la déontologie 1
- Comité de vérification 2
- Comité de vigilance et de la qualité 3

Instances consultatives de l'Agence 4
- Forum de la population 4
- Département régional de médecine générale (DRMG) 5
- Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée 6
- Commission infirmière régionale 6
- Commission multidisciplinaire régionale de Lanaudière 7
- Comité régional sur les services pharmaceutiques 7
- Comité régional pour l'accessibilité aux services en langue anglaise 8

Traitement des plaintes et qualité des services 9
- Commissaires locaux aux plaintes – Établissements 9
- Commissaire régional aux plaintes – Agence 10
- Registre national des incidents et accidents 2011-2012 11

Mission et environnement de l'Agence 12
- Mission 12
- Environnement 12

Organigramme 2011-2012 15

Le réseau lanaudois de la santé et des services sociaux 16
Établissements publics 16
Établissements privés conventionnés 16
Établissement privé non conventionné 16

Organismes communautaires 17
Financement 17

Activités régionales – Résultats 2011-2012 19

Services psychosociaux généraux 21
Info-Santé/Info-Social 21
Itinérance 21
Violence conjugale et agression sexuelle 21

Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) 22
Optimisation du soutien à domicile et plan de services intégrés à la personne âgée 22
Certification des résidences pour personnes âgées 22
Coordination régionale en matière de maltraitance des aînés 23
Visites d'appréciation de la qualité des services 23

Déficience physique, déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement 24
Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience 24
Offres de service régionales 24
Budget de développement non récurrent 24

Jeunes en difficulté 25

Prévention du suicide 26

Dépendances 27
Formation et développement des compétences 27
Équipes de liaison en dépendances dans les urgences hospitalières 27
Certification pour les ressources d'hébergement en toxicomanie et en jeu pathologique ... 27

Santé physique 28
Maladies chroniques 28
Mécanismes d'accès 29
Chirurgie 29
Imagerie médicale et endoscopie 30
Banque de sang 30
Urgences 30
Traumatologie 30
Lutte contre le cancer 31
Périnatalité 31
Services préhospitaliers d'urgence 32

Santé mentale 33

Santé publique 34
Développement, adaptation et intégration sociale 34
Habitudes de vie et maladies chroniques 34
Traumatismes non intentionnels 35
Maladies infectieuses 36
Santé environnementale 37
Santé en milieu de travail 37
Surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants 38
Recherche en santé publique 38
Évaluation en santé publique 38
Développement des communautés 39

Les ressources humaines du réseau 40
Marque employeur régionale 40
Planification de la main-d'œuvre 41
Formation réseau 41
Transfert de ressources humaines 41

Les ressources informationnelles du réseau 42
Informatisation clinique 42
Optimisation des ressources informationnelles 43
Autres projets d'informatisation 44

Les immobilisations et les équipements de technologie médicale 45
Contexte régional 45
Planification des immobilisations relatives à la perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) 45
Projets de développement 45
Modernisation de la Buanderie Lavérendière (CSSSNL) 46

Les finances du réseau 47
Ressources financières – Agence 47
Ressources financières – Réseau 47

ANNEXES 49
Annexe 1A : Rapport de la direction sur les états financiers 51
Annexe 1B : Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés 52
Annexe 1C : État des résultats du fonds d'exploitation 54
Annexe 1D : État des résultats du fonds des activités régionalisées 55
Annexe 1E : État des résultats des fonds affectés cumulés 56
Annexe 1F : État des résultats du fonds d'immobilisations 57
Annexe 1G : Solde du fonds d'exploitation 58
Annexe 1H : Solde du fonds d'immobilisations et des fonds des activités régionalisées 59
Annexe 1I : Soldes des fonds affectés cumulés 60
Annexe 1J : Bilan du fonds d'exploitation et des fonds des activités régionalisées 61
Annexe 1K : Bilan des fonds affectés cumulés 62
Annexe 1L : Bilan du fonds d'immobilisations 63
Annexe 1M : État d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits 2011-2012 64
Annexe 1N : Notes aux états financiers – Auditée 65
Annexe 2 : Allocations des ressources financières aux établissements 74
Annexe 3 : Subventions 2011-2012 récurrentes aux organismes communautaires 75
Annexe 4 : Autorisations d'emprunt accordées en vertu de la Loi 83
Annexe 5 : Effectifs de l'Agence 84
Annexe 6 : Bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité à la fin de la treizième période financière, 2011-2012 85
Annexe 7 : Code d'éthique et de déontologie 117

Le conseil d'administration et ses comités au 31 mars 2012

Conseil d'administration

Membres

M. Paul-Yvon de Billy
Président

M^me^ Ivone Aguiar-Coelho

M. Alain Boudrias

M. Robert Carrier

M. François de Villemure

M. Michel Dunberry

M^me^ Émilie-Ève Leblanc-Dupuis

M^me^ Lucie Leduc

M. Carol Legault

M. Yvan Ouellet

M^me^ Sylvie Rheault

M. Jacques Roy

M^me^ Nicole Sabourin

Comité conseil sur l'éthique et la déontologie

Membres

M. Yvan Ouellet

M^me^ Nicole Sabourin

Bilan des activités

Aucun manquement au Code de déontologie des membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière n'a été enregistré au cours de l'exercice 2011-2012. En conséquence, il n'y a eu aucune activité au cours de cette période.

Comité de vérification

Membres

M. Carol Legault
Président

M. François de Villemure

M. Yvan Ouellet

M. Jacques Roy

Bilan des activités

Le comité a tenu cinq rencontres au cours de l'exercice 2011-2012. Dans le cadre de leurs travaux, les membres se sont assurés du suivi des recommandations des auditeurs indépendants en lien avec l'audit de l'exercice précédent. Ils ont recommandé au conseil d'administration l'adoption du budget de fonctionnement et du rapport financier annuel de l'Agence, de même que la reconduction de l'entente pour les services bancaires et le renouvellement du contrat de la firme de vérification. Par ailleurs, les membres ont pu suivre, tout au long de l'exercice, l'évolution du budget de l'Agence, de l'allocation des crédits régionaux et des fonds affectés, de même que des emprunts autorisés par le MSSS à l'Agence et aux établissements du réseau.

Comité de vigilance et de la qualité

Membres

M. Paul-Yvon de Billy
Président

M. François de Villemure

M. Jean-Jacques Lamarche

M[me] Lucie Leduc

M[me] Sylvie Rheault

Bilan des activités

Le comité de vigilance et de la qualité des services veille à ce que l'Agence s'acquitte de ses responsabilités, en matière de qualité des services et de respect des droits des usagers ou des autres utilisateurs de services, relativement aux personnes, aux organismes ou aux fonctions pouvant faire l'objet d'une plainte en vertu de l'article 60 de la présente Loi sur les services de santé et les services sociaux ou de l'article 16 de la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence.

Le comité de vigilance a tenu trois rencontres. Les sujets abordés ont été :

- le suivi des plaintes traitées et des mesures correctives recommandées par le commissaire régional;
- l'adoption, pour recommandation au conseil d'administration de l'Agence, du rapport consolidé des plaintes pour l'année 2011-2012;
- le suivi du processus de certification des ressources en toxicomanie et en jeu pathologique;
- la mise en place d'une table régionale des présidents et des présidentes des comités des usagers;
- la gestion intégrée de la qualité – élaboration d'un Plan de travail annuel pour le comité de vigilance.

Pour la prochaine année, les membres souhaitent finaliser leurs travaux d'intégration des activités régionales sur la qualité en respect de l'article 181.0.3. de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Instances consultatives de l'Agence

Forum de la population

Membres

M[me] Martine Mercier
Présidente

M[me] Ghislaine Bourcier

M[me] Françoise Cormier

M. Claude Duchemin

M. Claude Durand

M. Joe Falci

M[me] Sylvie Hamel

M[me] Lynne Harpin

M. Pierre Marchand

M[me] Nicole Ouellet

M. Michel Racine

M[me] Giselle Rivet

M. Jacques Roy

M. André Venne

Bilan des activités

Le Forum a tenu deux rencontres régulières au cours de l'année 2011-2012 au cours desquelles les sujets suivants ont été abordés :

- les rôles et les responsabilités des instances du réseau en lien avec les services à la population ;
- les mécanismes de participation de la population et le rôle du Forum.

Département régional de médecine générale (DRMG)

Membres

Dr Alain Boudrias
Chef du DRMG

Dr Jean-Claude Berlinguet

Dr Pierre Cadoret

Dre Guylaine Chaput

Dr Jean-Marc Hébert

Dre Hélène Laporte

Dr Luc Lasalle

Dr Michel Leduc

Dre Louise-Marie Légaré

Dr Daniel Léveillé

Dr Harry Max Prochette

Dr Claude St-Laurent

Bilan des activités

Le comité de direction du DRMG s'est réuni sept fois au cours de l'année et a tenu une assemblée générale annuelle en juin 2011. Lors de ces rencontres, les membres du comité ont travaillé sur le Plan régional d'effectifs médicaux ainsi que les activités médicales particulières.

En 2011, le ministre a autorisé le recrutement de 24 postes, dont 17 nouveaux facturants, 6 pour le transfert de région et 1 poste académique. Après plusieurs représentations, 21 médecins ont été recrutés, dont 17 nouveaux facturants, 2 transferts de région et 1 poste académique.

Le GMF St-Charles, treizième groupe de médecins de famille (GMF), a été accrédité en septembre dernier. Lanaudière compte donc huit GMF dans le sud de la région et cinq au nord. Le nombre de patients inscrits en GMF en date du 1er mars 2012 est de 165 282, ce qui représente environ 38 % de la population, mettant à contribution 159 médecins.

Guichets d'accès

En novembre 2011, une nouvelle lettre d'entente ainsi qu'un cadre de référence provincial ont été établis afin d'uniformiser l'inscription des patients sans médecin de famille, à travers le Québec. Le guichet d'accès a pour objectif d'assurer à la population l'accès à un médecin selon une échelle de priorisation clinique et selon la disponibilité des effectifs médicaux.

Des modalités de suivi régional seront mises en place par le DRMG en lien avec cette nouvelle lettre d'entente et le cadre de référence provincial.

Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée

Membres

D[r] Michel Dunberry
Président

D[r] Jean-Claude Berlinguet

D[r] Paul Buu

D[r] Michel Gil

D[r] Gilbert Gosselin

D[r] Daniel Langlois

D[re] Isabelle Létourneau

D[r] Howard Melnik

D[re] Évelyne Montulet

D[r] Michel Rochon

D[r] John Westerlund

Bilan des activités

Le comité de direction de la table régionale des chefs de département de médecine spécialisée (TRCDMS) s'est réuni sept fois au cours de l'année. Lors de ces rencontres, les membres du comité ont, entre autres, approuvé le plan régional d'effectifs médicaux déposé par le Ministère le 25 octobre 2011 et ont travaillé à la répartition régionale des postes octroyés. Des discussions se sont tenues avec les représentants des établissements afin de planifier les ressources humaines et matérielles nécessaires à l'accueil de ces nouveaux spécialistes.

La TRCDMS a appuyé deux projets dans la dernière année, l'un étant un *Projet de chirurgie bariatrique au CSSS du Nord de Lanaudière* et l'autre étant un *Projet de développement visant à répondre à l'accroissement des volumes d'activités en oncologie* au CSSS du Sud de Lanaudière. Ces deux projets augmentent l'accessibilité aux services médicaux spécialisés dans la région.

Commission infirmière régionale

Membres

M[me] Ivone Aguiar-Coelho
Présidente

M[me] Michelle Campeau

M[me] Nathalie Caron

M[me] Chantal Guilbault

M[me] Judith Hébert

M[me] Carole Le Breton

M[me] Louise Leduc

M[me] Lucie Nadeau

M[me] Isabelle Tardy

M[me] Johanne Vézina

Bilan des activités

Au cours de l'année 2011-2012, la commission infirmière régionale (CIR) a tenu deux rencontres.

Depuis le processus d'élections tenu en décembre 2010, la CIR a accueilli trois membres et trois postes demeurent vacants dont celui de vice-présidente.

La CIR n'a pas été interpelée pour l'émission d'avis en soins infirmiers. Les démarches se poursuivent afin de combler les postes vacants.

Commission multidisciplinaire régionale de Lanaudière

Membres

M[me] Lucie Bastrash

M[me] Andréane Beaudry

M[me] Chantal Guilbault

M. Stéphane Mercier

Bilan des activités

Étant donné le nombre restreint de ses membres, la Commission multidisciplinaire régionale (CMUR) de Lanaudière n'a pas réussi à tenir de rencontres en cours d'année, faute de quorum.

Comité régional sur les services pharmaceutiques

Membres

M. François Chabot

Président

M[me] Chantale Beaulne

D[r] Jean-Claude Berlinguet

M[me] Guylaine Ladouceur

M[me] Lucie Nadeau

M[me] France Poirier

Bilan des activités

Le comité régional des services pharmaceutiques (CRSP) a tenu trois rencontres.

Le président a présenté le plan d'action 2011-2012 aux membres du département régional de médecine générale. Il a sollicité leur collaboration à l'élaboration d'ordonnances collectives afin de faciliter le suivi de la clientèle en pharmacie communautaire.

Le comité a donné un avis sur la participation des pharmaciens communautaires à l'émission d'un avis pharmaceutique relatif à la prise de médicaments pour la clientèle âgée vivant à domicile et inscrite au programme de prévention des chutes en partenariat avec la Direction de santé publique.

Le CRSP a aussi donné son appui au programme d'autogestion des soins ainsi qu'à l'organisation d'une offre de service pour les maladies chroniques.

Comité régional pour l'accessibilité aux services en langue anglaise

Membres

M[me] Micheline Lefebvre-Desjardins
Présidente

M[me] Anca Ghiran

M[me] Pauline Girard

M[me] Danielle Joly

M. Pierre Lalancette

M. Robert Lasalle

M[me] Nathalie Martin

M[me] Merle Parkinson

M[me] Lynn Scott

M[me] Linda Tessier

Bilan des activités

Le comité régional a tenu quatre rencontres en 2011-2012.

Deux principaux dossiers ont fait l'objet de travaux :

1- Le programme d'accès 2011-2014 a été révisé et adopté par décret par le conseil des ministres le 22 février 2012.

2- Un document traitant de l'ajustement de l'offre de service dispensée en anglais dans le réseau de la santé et des services sociaux lanaudois a été réalisé à partir de la perception des gestionnaires et des répondants anglophones du milieu. Cette démarche portait principalement sur les services offerts aux clientèles jeunesse 0-25 ans et aux personnes âgées de 65 ans et plus. L'analyse a été produite dans le cadre du projet de recherche *L'accessibilité pour tous : une population mieux desservie dans sa langue*. Le projet se poursuivra en 2012-2013. Un plan d'action sera également élaboré, en 2012-2013, en lien avec le programme d'accès et le projet de recherche.

Traitement des plaintes et qualité des services

Commissaires locaux aux plaintes – Établissements

Le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services est responsable envers le conseil d'administration de son établissement du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes. À cette fin, il reçoit notamment les demandes des usagers ou de leurs représentants, il aide à formuler les plaintes et examine celles-ci. Le commissaire peut recommander toute mesure visant l'amélioration de la qualité des services aux usagers ainsi que le respect de leurs droits. Il a aussi le pouvoir d'intervenir de sa propre initiative lorsque des faits sont portés à sa connaissance et qu'il a des motifs raisonnables de croire que les droits des usagers ne sont pas respectés.

Voici les différents dossiers traités et conclus, au cours de l'exercice 2011-2012, par les commissaires locaux aux plaintes de la région ainsi que les motifs de plaintes et d'intervention.

	Dossiers traités			*Dossiers conclus*
	En traitement en début d'exercice	Ouverts en cours d'année	Total	En cours d'année
Plaintes	65	523	588	521
Interventions	12	202	214	201
Demandes d'assistance	s.o.*	s. o.	1419	s. o.
Consultations	s. o.	s. o.	220	s. o.
Plaintes transmises au Protecteur du citoyen	s. o.	s. o.	38	s. o.

**s. o. : sans objet*

Objets des demandes	*Plaintes*	*Interventions*
Accessibilité	192	35
Aspect financier	35	11
Droits particuliers	68	27
Organisation du milieu et ressources matérielles	53	39
Relations interpersonnelles	114	30
Soins et services dispensés	245	77
Autres objets	0	0
Total	**707**	219

Commissaire régional aux plaintes – Agence

Le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services est responsable envers le conseil d'administration de l'Agence du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes, et ce, d'un point de vue régional. En plus d'assumer des responsabilités similaires au commissaire local, il a aussi le pouvoir de recommander toute mesure visant l'amélioration de la qualité des services offerts aux usagers par :

- les organismes communautaires;
- les services préhospitaliers d'urgence (une entreprise de services ambulanciers);
- les résidences privées pour aînés;
- l'Agence de santé et des services sociaux de Lanaudière (dans l'exercice d'une de ses fonctions ou d'une de ses activités qui affecterait personnellement un usager);
- un organisme, une société ou une personne dont les services ou les activités sont reliés au domaine de la santé et des services sociaux et avec lesquels une entente de service, aux fins de leur prestation, a été conclue par l'Agence;
- les ressources d'hébergement en toxicomanie ou en jeu pathologique ayant un certificat de conformité délivré par l'Agence.

Voici les différents dossiers traités et conclus, au courant de l'année 2011-2012, par le commissaire régional aux plaintes ainsi que les motifs de plaintes et d'intervention.

	Dossiers traités			*Dossiers conclus*
	En traitement au début d'exercice	Ouverts en cours d'année	**Total**	En cours d'année
Plaintes	8	39	47	31
Interventions	2	38	40	23
Demandes d'assistance	s. o.	s. o.	129	s. o.
Consultations	s. o.	s. o.	5	s. o.
Plaintes transmises au Protecteur du citoyen	s. o.	s. o.	0	s. o.

Objets des demandes	Plaintes	Interventions
Accessibilité	10	0
Aspect financier	5	2
Droits particuliers	3	0
Organisation du milieu et ressources matérielles	12	8
Relations interpersonnelles	10	14
Soins et services dispensés	9	11
Autres objets	2	2
Total	51	37

Nous avons connu, en 2011-2012, une augmentation des plaintes tant d'un point de vue local que régional. Cette augmentation fait suite à une meilleure connaissance du régime de traitement des plaintes par les citoyens et à une volonté d'améliorer la qualité des soins et services.

Registre national des incidents et accidents 2011-2012

Depuis juillet 2011, les établissements de la région alimentent le système d'information du Ministère concernant les incidents et accidents dans le cadre de la gestion sécuritaire lors d'une prestation de soins et de services.

Le premier rapport national, déposé en décembre 2011 par le MSSS, couvre la période du 1er avril au 30 septembre 2011. Pour Lanaudière, on compte 9 055 déclarations pour huit établissements. 44,7 % des déclarations sont liées à des chutes, 28,5 % à la médication et 1 % au traitement. De ce nombre, notons que, dès la déclaration des événements, les interventions sont mises en place afin d'assurer les soins à l'usager et le soutien aux proches.

Chaque établissement a identifié un gestionnaire de risque pour assurer la coordination interne des événements. Le prochain rapport semestriel est prévu en juin 2012.

Mission et environnement de l'Agence

Mission

L'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière assure la gouvernance du système de santé et de services sociaux sur son territoire. Toutes ses actions visent l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, ainsi que l'accroissement de l'accès aux services pour les citoyens lanaudois.

Dans cette optique, le réseau s'articule autour d'une organisation de services intégrés sur la base de deux réseaux locaux de services de santé (RLS). Coordonnés par les centres de santé et de services sociaux (CSSS), ces réseaux regroupent également d'autres partenaires du territoire, c'est-à-dire les établissements régionaux, les cliniques médicales, les groupes de médecine de famille, les pharmacies, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale et les différentes ressources privées.

Environnement

La région de Lanaudière couvre une un vaste territoire qui dépasse les 12 300 kilomètres carrés[1]. Elle regroupe 59 municipalités, 12 territoires non organisés et une communauté autochtone. Ce territoire se subdivise en six municipalités régionales de comté : D'Autray, Joliette, L'Assomption, Les Moulins, Matawinie et Montcalm.

Forte croissance démographique

La population de Lanaudière compte 469 916 personnes en 2011[2]. Dans cinq ans, elle pourrait se chiffrer à 513 054 d'individus. Cet accroissement anticipé de la population lanaudoise devrait être supérieur à celui du Québec (9 % contre 3 %)[3]. La hausse de la fécondité et les gains appréciables dans ses échanges migratoires avec d'autres régions du Québec, notamment Montréal et Laval, représentent des facteurs démographiques qui y contribuent.

Jeunesse et vieillesse se côtoient

En 2011, la région se caractérise toujours par sa jeunesse : 21 % de sa population est âgée de moins de 18 ans, alors que 14 % a 65 ans et plus (19 % et 16 % au Québec, respectivement). Les prochaines années seront toutefois marquées par un vieillissement rapide de sa population. Entre 2011 et 2016, le nombre d'aînés devrait ainsi s'accroître de 25 % pour atteindre 16 % de la population lanaudoise.

---

1 Institut de la statistique du Québec (ISQ). Site Web consulté en avril 2012 : www.stat.gouv.qc.ca.

2 Statistique Canada, Division de la démographie et Institut de la statistique du Québec, Direction des statistiques sociodémographiques, mars 2012. (données tirées du SYLIA en avril 2012 : www.agencelanaudiere.qc.ca)

3 Institut de la statistique du Québec. Perspectives démographiques des MRC du Québec : 2006-2031, décembre 2009. (données tirées du SYLIA en avril 2012 : www.agencelanaudiere.qc.ca)

L'espérance de vie à la naissance des résidents de Lanaudière se situe à 82,4 ans pour les femmes et à 78,1 ans pour les hommes en 2005-2008[4]. La longévité des Lanaudoises est inférieure à celle des Québécoises, alors que celles des Lanaudois et des Québécois sont similaires.

Maladies chroniques : le cancer prédomine

Même si une forte majorité de la population lanaudoise de 12 ans et plus juge positivement son état de santé global (92 % en 2009-2010)[5], une part appréciable est affectée par au moins un problème de santé chronique. Les cancers, les maladies cardiovasculaires et les maladies de l'appareil respiratoire sont, chez les femmes et les hommes, les principales causes d'hospitalisation et de mortalité. Avec 38 % des décès en 2007-2009, les cancers constituent la principale cause de mortalité chez les Lanaudoises[6]. Celles-ci présentent une mortalité moindre que celle des Québécoises pour le cancer du sein, alors qu'elle est plus élevée pour le cancer du poumon. Les maladies cardiovasculaires et les maladies de l'appareil respiratoire sont respectivement responsables de 23 % et 10 % des décès de Lanaudoises.

Les cancers représentent aussi la cause prédominante de mortalité chez les Lanaudois avec 40 % des décès. Les maladies cardiovasculaires sont la cause de 23 % des décès, tandis que les maladies de l'appareil respiratoire sont responsables de 10 % des décès. La mortalité par cancer des Lanaudois et, plus spécifiquement celle du cancer du poumon, est plus élevée que celle des Québécois. La mortalité par maladies cardiovasculaires des Lanaudois est plus faible que celle des Québécois.

Périnatalité : un bilan mitigé

Preuve tangible de la qualité des soins périnataux offerts à la population, la mortalité infantile lanaudoise n'a jamais été aussi basse avec 3 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2007-2009. Ce bilan positif est toutefois terni par le maintien de proportions élevées de bébés nés avant la 37e semaine de gestation et pesant moins de 2 500 grammes à la naissance (respectivement 7,6 % et 5,9 % en 2007-2009).

Une prévalence plus forte dans Lanaudière que dans le reste du Québec d'enfants de moins d'un an affectés par une cardiopathie congénitale ou une fente labiale demeure également un sujet de préoccupation.

---

4 Institut national de santé publique (INSPQ). Site Web consulté en avril 2012 : www.infocentre.inspq.rtss.qc.ca.

5 Statistique Canada, *Enquête sur la santé des collectivités canadiennes 2009-2010*, fichier de microdonnées à grande diffusion (FMGD) version sur CD-ROM, numéro 82M0013XCB-2011000 au catalogue, 2011.

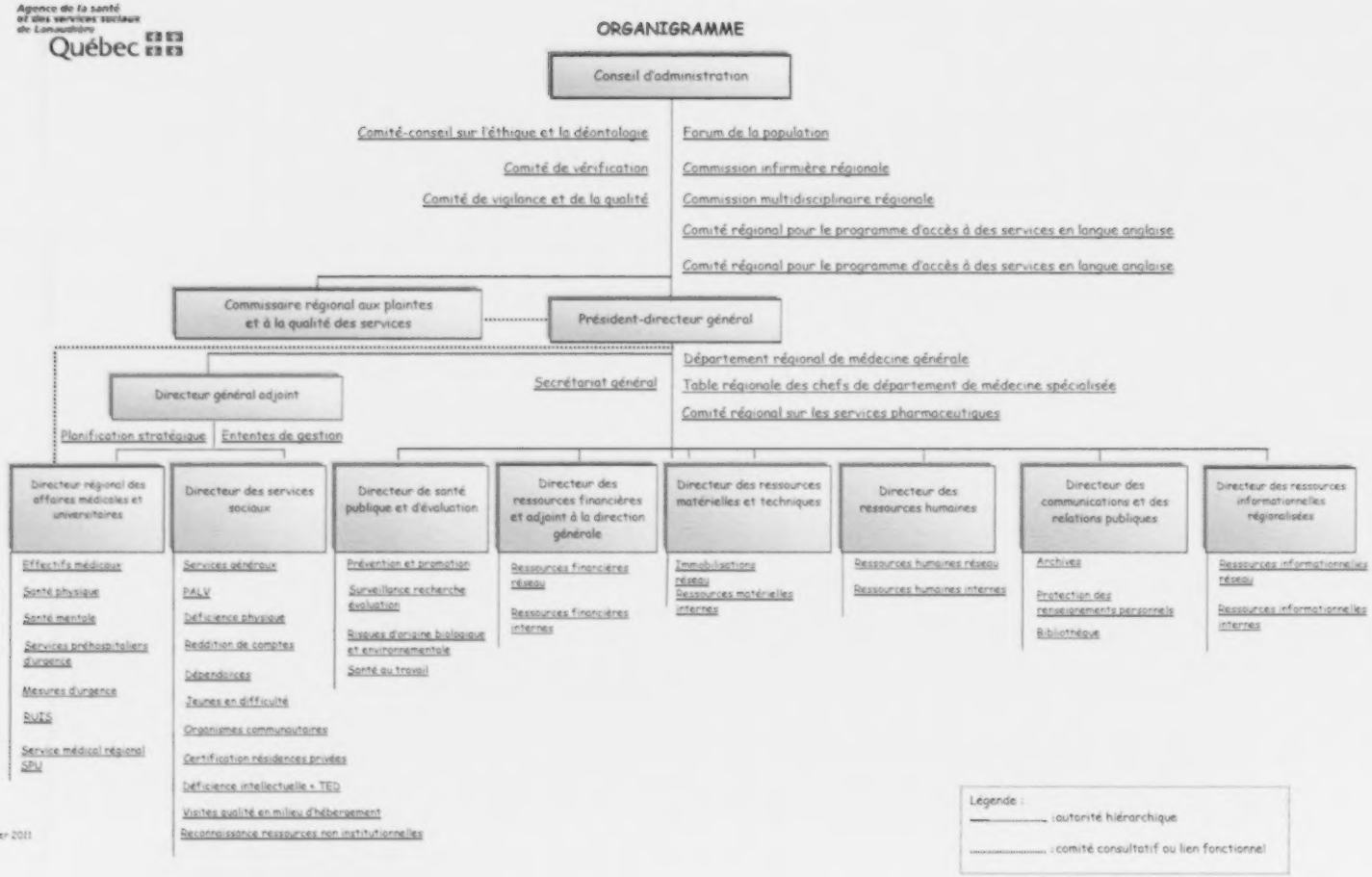
6 MSSS, fichier des décès, 2007 à 2009. (données tirées du *SYLIA* en mai 2011 : www.agencelanaudiere.qc.ca)

Bilan socioéconomique : des revenus plus faibles et moins de diplômés

Le bilan socioéconomique du territoire lanaudois est plus ou moins favorable comparativement à celui du Québec. Les proportions de personnes vivant sous le seuil de faible revenu et celles vivant de l'assistance-emploi sont plus faibles dans Lanaudière. On constate également que le taux d'emploi y est plus élevé. Par contre, les revenus moyens des particuliers et des familles sont plus faibles que ceux du Québec. De même, la région compte une proportion plus importante de personnes de 25 ans et plus sans certificat, diplôme ou grade scolaire et un pourcentage nettement moindre de diplômés universitaires.

	POPULATION		
	2011	2016	Variation 2011-2016
D'Autray	41 989	44 846	6,8
Joliette	62 717	66 487	6,0
Matawinie	51 623	54 291	5,2
Montcalm	46 918	52 639	12,2
RLS Lanaudière-Nord	203 247	218 263	7,4
L'Assomption	119 074	128 292	9,1
Les Moulins	147 595	166 499	12,8
RLS Lanaudière-Sud	266 669	294 791	10,5
Lanaudière	469 916	513 054	9,2

Organigramme 2011-2012



Le réseau lanaudois de la santé et des services sociaux

Le réseau de la santé et des services sociaux lanaudois est composé de cinq établissements publics, de quatre établissements privés conventionnés ainsi que d'un établissement privé non conventionné.

Établissements publics

- Centre de santé et de services sociaux du Sud de Lanaudière
- Centre de santé et de services sociaux du Nord de Lanaudière
- Les Centres jeunesse de Lanaudière
- Centre de réadaptation La Myriade
  (Déficience intellectuelle)
- Centre de réadaptation en déficience physique Le Bouclier
  (Ce centre dessert également la région des Laurentides)

Établissements privés conventionnés

- CHSLD de la Côte Boisée
- CHSLD Heather I
- Centre d'hébergement Champlain Le Château
- CHSLD Vigi Yves-Blais

Établissement privé non conventionné

- CHSLD Heather II

Organismes communautaires

En co conformité avec le cadre régional de référence pour la gestion du programme de soutien aux orgaganismes communautaires, l'Agence a maintenu, de concert avec les organismes commmmunautaires de la région, la reconnaissance, le soutien et le financement accordés aux orgaganismes communautaires de son territoire.

Lanaanaudière compte au total 175 organismes communautaires, dont 151 sont financés par le *Progrogramme de soutien aux organismes communautaires.* Ceux-ci agissent dans plusieurs secteurs d'actactivités tels qu'aide et entraide, sensibilisation/formation et défense des droits, milieux de vie et soutiutien à la communauté ainsi qu'hébergement.

Plus lus de 1 246 personnes travaillent à temps complet ou à temps partiel dans ces organismes rejoisjoignant ainsi près de 290 000 personnes dans des activités grand public, et plus de 170 000 par des es activités individuelles ou de groupe.

Les es clientèles utilisatrices sont très variées : familles, femmes, hommes en difficulté, personnes âgéegées, démunies, itinérantes, alcooliques, toxicomanes ou présentant des problèmes de santé physhysique, de santé mentale, de déficiences physiques, de déficiences intellectuelles ou de troubles envanvahissants du développement.

Finfinancement

Cettette année, l'Agence a alloué 22 932 035 $ à des organismes communautaires et autres orgaganismes de notre région.

De de ce montant, 19 776 414 $ ont été versés en subventions récurrentes aux organismes commmmunautaires, soit 18 693 104 $ en mission globale et 1 083 310 $ pour des ententes spécifiques (voivoir l'annexe 3).

De De plus, les organismes communautaires ont reçu 1 841 170 $ pour divers projets ponctuels.

Le se solde de 1 314 451 $ a été attribué à différents organismes sans but lucratif de la région.

Activités régionales – Résultats 2011-2012

Services psychosociaux généraux

L'accessibilité demeure une priorité au sein des services psychosociaux. Pour cette raison, la révision des processus, l'arrimage et les trajectoires de services ont été à la base des réflexions et des actions posées au cours de l'année 2011-2012.

Info-Santé/Info-Social

L'utilisation d'Info-Santé Web donne accès à plus de 2 183 « usagers vulnérables », répondant aux critères énoncés dans le cadre de référence régional, à la ligne dédiée d'Info-Santé. Ceux-ci bénéficient ainsi de services personnalisés de professionnels des CLSC et de groupes de médecine familiale, et ce, 24 heures/7 jours.

Itinérance

L'année a été marquée par la poursuite des travaux du comité régional en itinérance dont le mandat principal vise à faciliter l'arrimage des services entre les établissements et les organismes communautaires. Des subventions en provenance du gouvernement fédéral ont permis de mieux actualiser ce mandat par l'expérimentation de pratiques nouvelles.

L'année 2011-2012 a également donné lieu à l'amorce de la deuxième édition de l'activité de dénombrement de la population lanaudoise en situation d'itinérance. Cette initiative du directeur de santé publique se réalise en collaboration avec la table régionale en itinérance.

Violence conjugale et agression sexuelle

Le principal défi dans ce secteur est d'harmoniser la trajectoire de services et de mettre en œuvre des actions communes avec les partenaires du milieu. À cet effet, l'Agence a travaillé en étroite collaboration avec la table régionale de concertation en violence conjugale ainsi qu'avec les deux CSSS du territoire afin de faciliter l'accès aux services.

L'embauche de deux chargées de projet permettra de réviser le protocole en matière de violence conjugale, en collaboration avec le comité régional. Déjà, leur entrée en poste a permis de faire la description des services offerts par les partenaires dans la région.

Également, dans le cadre du *Plan d'action gouvernemental 2008-2013 en matière d'agression sexuelle*, l'Agence a octroyé aux deux centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS) une aide financière non récurrente, dans le but de réduire les listes d'attente.

Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV)

Au terme de l'année 2011-2012, le travail de collaboration réalisé entre l'Agence et les établissements de la région mérite d'être souligné, particulièrement dans les dossiers d'optimisation du soutien à domicile et du plan de services intégrés à la personne âgée. La contribution du réseau pour l'amélioration de la qualité de vie des aînés a été l'un des faits saillants de cet exercice financier durant lequel la région s'est vu attribuer un budget supplémentaire de 6,4 M$, sur une base annuelle, dans le cadre du plan de services intégrés pour les personnes aînées.

Optimisation du soutien à domicile et plan de services intégrés à la personne âgée

L'implantation des quatre préalables pour l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier ayant été réalisée, les priorités de l'année 2011-2012 ont été ciblées comme étant l'optimisation du soutien à domicile ainsi que le plan de services intégrés à la personne âgée.

Les travaux visant à optimiser le soutien à domicile ont eu cours tout au long de l'année. Les deux CSSS du territoire ont présenté des plans d'optimisation visant à augmenter les heures de services en soutien à domicile.

Pour ce qui est du plan de services intégrés à la personne âgée, celui-ci a été réalisé en collaboration avec les établissements du réseau lanaudois. Il vise le développement du soutien à domicile et l'implantation de ressources intermédiaires pouvant accueillir des personnes âgées. On y prévoit également la création de places de récupération fonctionnelle afin de fournir des services adaptés aux aînés quittant l'hôpital.

Certification des résidences pour personnes âgées

La certification des résidences pour personnes âgées se poursuit. Plusieurs certificats de conformité ont déjà été émis aux résidences qui étaient en processus de renouvellement. Plusieurs demandes sont toujours en cours de traitement.

Région de Lanaudière	Nombre de RPA inscrites au Registre du MSSS		Nombre de résidences certifiées		Pourcentage atteint	
	Avril 2011	**Mars 2012**	**Avril 2011**	**Mars 2012***	**Avril 2011**	**Mars 2012**
	127	**125**	116	**112**	91 %	**90 %**

**** Incluant les résidences qui ont obtenu leur deuxième certificat de conformité : 78***

Coordination régionale en matière de maltraitance des aînés

L'information en lien avec le lancement de la Ligne aide abus aînés, en octobre dernier, a été transmise aux CSSS de la région. Cette ligne constitue une référence pour toute personne âgée aux prises avec une situation de maltraitance ou pour ses proches. Les CSSS ont également été interpellés pour la planification des formations à dispenser aux intervenants dans ce dossier.

L'embauche de la coordonnatrice régionale en matière de maltraitance des aînés s'est faite en 2011. Depuis, le comité d'orientation en maltraitance a été créé et celui-ci a élaboré un portrait régional sur la maltraitance faite aux aînés. Le comité d'orientation est constitué d'un représentant de chacune des instances suivantes : la table des aînées et des aînés de Lanaudière, la Conférence régionale des Élus (es), le ministère de la Famille et des Aînés ainsi que l'Agence.

Visites d'appréciation de la qualité des services

L'Agence a procédé, en collaboration avec le Ministère, aux dernières visites des établissements qui sont situés sur son territoire. Ainsi, les centres d'hébergement Alphonse-Rondeau, Désy, Piedmont, Saint-Jacques, Saint-Liguori, Saint-Donat et Brassard, qui sont rattachés au CSSS du Nord de Lanaudière, ont tous reçu leur rapport d'appréciation de l'implantation de *L'approche milieu de vie.*

Ces établissements, tout comme ceux visités les années antérieures, doivent maintenant mettre de l'avant un plan d'action qui leur permettra d'améliorer les services dispensés à la clientèle inscrite ou admise en milieu d'hébergement. L'Agence assurera un suivi régulier des plans d'action, dans chacune de ces installations, jusqu'à ce que les recommandations soient toutes réalisées.

Déficience physique, déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement

L'accessibilité aux soins et services en déficience physique, en déficience intellectuelle et pour les troubles envahissants du développement demeure une priorité régionale et représente un défi de tous les instants.

Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience

L'objectif principal d'atteindre les standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience s'est poursuivi. Un bilan du plan régional d'amélioration de l'accès et de la continuité a été présenté au MSSS en juin 2011, en collaboration avec le CSSS du Nord de Lanaudière, le CSSS du Sud de Lanaudière, le Centre de réadaptation (CR) La Myriade et le Centre de réadaptation en déficience physique (CRDP) Le Bouclier. Il fait état des activités en cours et d'une planification pour la poursuite de ces activités en 2012.

Offres de service régionales

Le CSSS du Sud de Lanaudière, le CSSS du Nord de Lanaudière ainsi que le CR La Myriade et le CRDP Le Bouclier ont échangé sur leurs différentes offres de service, afin de bien comprendre les réalités de chacun et d'offrir une meilleure continuité dans les services offerts à la population. Dans cette perspective, des outils communs et standardisés ont été développés et sont maintenant utilisés dans ces établissements.

Budget de développement non récurrent

Une enveloppe budgétaire non récurrente de 692 240 $ en provenance du Ministère a été attribuée à la région, au printemps 2012, pour l'amélioration du soutien à la famille et à la personne en première ligne ainsi que pour l'amélioration de l'accès aux services d'adaptation et de réadaptation en deuxième ligne.

Jeunes en difficulté

Les travaux régionaux se poursuivent afin de mettre en place un programme en négligence pour les jeunes âgés de 5 à 12 ans sur tous les territoires des deux CSSS, et pour développer une vision régionale de la négligence.

Afin de répondre à cette orientation, un comité directeur ainsi qu'un groupe de travail ont été créés. Ceux-ci ont travaillé à l'ébauche d'un cadre de référence à partir d'un modèle développé par l'Agence du Bas-Saint-Laurent, soit le Programme l'Entrain. Ce programme s'avère prometteur et rejoint les orientations ministérielles 2010-2015.

L'entente multisectorielle relative aux enfants victimes de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique a permis d'effectuer des travaux pendant l'année 2011-2012. Ceux-ci ont mené à la mise sur pied d'une formation pour une centaine d'intervenants provenant des Centres jeunesse de Lanaudière, de corps policiers de la région ainsi que de l'Agence.

Prévention du suicide

L'année 2011-2012 a donné lieu à de nouvelles initiatives régionales en prévention du suicide. Ce dossier connaît de belles avancées, en partenariat avec divers intervenants de la communauté.

Ainsi, dans le but d'implanter de bonnes pratiques en prévention du suicide dans la région et afin de mieux outiller le milieu, l'Agence a conclu une entente avec le Centre de prévention du suicide de Lanaudière pour la formation de 300 intervenants régionaux. Le déploiement de cette formation sera financé par l'Agence.

Dépendances

L'objectif national de développer une offre de service de première ligne en dépendance a continué de teinter les actions régionales auprès des centres de santé et de services sociaux (CSSS). Ainsi, les interventions mises de l'avant ont permis de bien outiller et d'accompagner les intervenants de première ligne, tout en favorisant la consolidation des services de deuxième ligne.

Formation et développement des compétences

La formation, portant sur l'approche motivationnelle, a débuté avec les équipes en périnatalité puisqu'il s'agit d'une clientèle prioritaire de l'offre de service 2007-2012 du MSSS.

Équipes de liaison en dépendances dans les urgences hospitalières

La dernière version du projet des équipes de liaison a été acheminée au MSSS. Cette proposition a demandé de repenser le continuum de soins et de services en désintoxication offert à la population lanaudoise, et ce, en raison notamment des écarts de services qui font en sorte qu'un nombre significatif d'usagers occupent plus longuement des lits aux urgences hospitalières et participent à l'engorgement des urgences.

Certification pour les ressources d'hébergement en toxicomanie et en jeu pathologique

Le processus de certification des ressources d'hébergement en toxicomanie et en jeu pathologique se poursuit. Plusieurs demandes sont en cours de traitement.

Région de Lanaudière	Nombre total de ressources	Certification volontaire	Demande de renouvellement	Nouvelle demande
	9	8	4	1

Santé physique

La santé physique s'avère un secteur névralgique et l'accessibilité aux services constitue une préoccupation majeure dans la région. Dans cette optique, les efforts consacrés au désengorgement des urgences se poursuivent. Parmi les pistes de solutions mises de l'avant mentionnons l'ajout de ressources de longue durée, la planification des effectifs médicaux de première ligne, la création de nouveaux groupes de médecine de famille (GMF), la venue d'infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPS-PL), le développement du soutien à domicile ainsi que le suivi des maladies chroniques. Ces principaux défis sont portés par des équipes de travail qui y consacrent beaucoup d'énergie.

La collaboration entre l'Agence et les différents établissements de la région mérite également d'être soulignée. Ce partenariat permet de connaître de belles réussites au bénéfice de la population. À titre d'exemple, la chirurgie d'un jour où une zone franche, c'est-à-dire une entente pour laquelle les chirurgiens du CSSSNL peuvent opérer au CSSSSL, a été mise en place sur le territoire. Cette réalisation concrète est source de fierté, d'autant plus que Lanaudière est l'une des rares régions du Québec à atteindre les cibles fixées par le MSSS pour ce type de chirurgie.

Maladies chroniques

Les orientations régionales en matière de maladies chroniques ont guidé l'avancement de plusieurs projets en cours d'année. La prévention et la gestion des maladies chroniques identifient plusieurs axes d'intervention dans tout le continuum de soins, allant de la prévention au traitement.

Différents projets déjà amorcés au cours de l'année 2010-2011 se sont poursuivis dans cette optique :

- **Pour l'ensemble de la région** : l'entrée en fonction, dans les deux sous-régions (nord et sud), d'infirmières gestionnaires de cas complexes favorise la **détection précoce et le suivi adéquat** des personnes à risque ou atteintes de maladies chroniques. La consolidation de cette fonction dans les deux CSSS a, jusqu'à présent, permis d'assurer la coordination de services auprès de plus de 200 patients, tout en réduisant, de façon significative, le recours à l'urgence et à l'hospitalisation.

  En collaboration avec ses partenaires des CSSS, l'Agence a également coordonné l'implantation du programme **Autogestion des soins** dans la région. En mars 2012, 10 patients experts ont été formés dans le but d'offrir, gratuitement, à la population des ateliers leur permettant de mieux gérer leur condition de santé au quotidien.

- **Pour le sud de la région** : l'entente entre le Ministère, l'Agence, le CSSS du Sud de Lanaudière et la firme Groupe conseil santé **Concerto** a permis de poursuivre la mise en place du projet vitrine sur la gestion des maladies chroniques. Celui-ci propose le déploiement d'équipes multidisciplinaires dans les groupes de médecine de famille ainsi que le développement de protocoles d'intervention standardisés et

informatisés. Le but de la démarche : intensifier le suivi, le soutien et la prise en charge de la clientèle afin de diminuer la consommation de services hospitaliers par les grands utilisateurs.

Le programme **« Choisir de maigrir »**, visant la prévention de l'obésité auprès des femmes, a vu le jour à l'hiver 2012. Il a permis de rejoindre un premier groupe d'une douzaine de femmes.

- **Pour le nord de la région** : en soutien à l'intégration de la prévention dans les services cliniques de première ligne, les démarches d'embauche d'une **infirmière en pratique clinique préventive** au GMF Rousseau-Montcalm ont été amorcées dans le but d'actualiser cette fonction en avril 2012. Cette fonction infirmière vise tout particulièrement la prévention des maladies chroniques auprès des femmes de 50 ans et plus.

Mécanismes d'accès

Le mécanisme d'accès comprend les secteurs de la chirurgie, de l'imagerie médicale, de l'endoscopie et des centrales de rendez-vous. Un plan d'accès préliminaire, lié à l'amélioration de l'accès et aux objectifs à rencontrer au cours de l'année 2012-2013, a été déposé au MSSS.

Chirurgie

Au cours de la dernière année, une gestion active de l'accès a permis de traiter les usagers en attente d'une chirurgie dans les délais prescrits par le Ministère. Les objectifs ont tous été atteints et en majorité dépassés.

Le CSSS du Nord de Lanaudière a effectué une révision de ses processus chirurgicaux. Cette initiative a permis d'optimiser la planification du programme opératoire; notamment, afin d'offrir un meilleur service à la population de Lanaudière par la mise en place de la zone franche entre les deux CSSS. Ceci a eu un effet bénéfique sur la réduction des listes d'attente du CSSSNL. Parallèlement, cette entente a permis d'optimiser l'utilisation du bloc opératoire du CSSSL.

Chirurgies	Cible 2011-2012	% d'atteinte
Arthroplastie de la hanche	90 % des clients opérés à l'intérieur de 6 mois	105,4 %
Arthroplastie du genou	90 % des clients opérés à l'intérieur de 6 mois	104,2 %
Cataracte	90 % des clients opérés à l'intérieur de 6 mois	109,0 %
Chirurgies d'un jour (excluant cataractes)	90 % des clients opérés à l'intérieur d'un an	104,1 %
Chirurgies avec hospitalisation	90 % des clients opérés à l'intérieur d'un an	107,09 %

Source : Bilan de fin de période 2010-2011 : Lanaudière 14 (TBIG web 27 mars 2012), version de GESTRED : 2012-03-27

Imagerie médicale et endoscopie

Une gestion active des listes d'attente dans les CSSS a été entreprise. Un projet d'optimisation du secteur d'imagerie a été débuté au CSSS du Sud de Lanaudière au cours de l'année. L'établissement a aussi entrepris une démarche *Lean* visant l'amélioration de l'ensemble de ses processus, de la prescription jusqu'à la réalisation de l'examen. En ce qui a trait au secteur endoscopie, le CSSSSL, accompagné par l'équipe du mécanisme d'accès du MSSS, a débuté une révision des processus. Du côté du CSSS du Nord de Lanaudière, un accompagnement est aussi en cours, avec cette même équipe, dans le secteur de la médecine de jour ainsi qu'en endoscopie.

Au cours de l'année, le MSSS a mis en place un formulaire GESTRED pour l'imagerie médicale. Ces indicateurs permettront d'effectuer une meilleure gestion des listes d'attente, de manière à ce que la population lanaudoise puisse se prévaloir du service à l'intérieur de la cible ministérielle attendue qui est de trois mois.

Banque de sang

De manière à répondre aux attentes du MSSS quant à la gestion des produits sanguins, la région ne doit pas dépasser un taux de péremption de 2 % des culots de sang. Or, Lanaudière affiche actuellement un taux de péremption de 0,2 %. Cette excellente gestion des banques de sang assure ainsi la qualité et la sécurité des transfusions sanguines.

Urgences

Malgré l'augmentation de l'achalandage, il est possible de constater qu'il y a eu une légère diminution des durées moyennes de séjour et des séjours de 48 heures et plus dans les deux hôpitaux de la région.

Aussi, au cours de l'année, les deux CSSS ont reçu la visite de la Direction nationale des urgences. Lors de ces visites, certaines recommandations ont été faites et des suivis sont effectués. Pour le volet de l'urgence psychiatrique, la qualité des travaux réalisée par le CSSSSL a été soulignée tant par la Direction nationale des urgences que par la Direction de la santé mentale.

Traumatologie

L'Agence a présenté son plan directeur régional de traumatologie aux deux comités locaux de traumatologie dans les CSSS, l'automne dernier.

Les plans d'action 2012-2014 pour les consortiums régionaux traitant de traumatismes craniocérébraux modérés-graves pour les enfants, adolescents et adultes ont été élaborés et seront prochainement adoptés.

Pour la clientèle adulte victime d'un traumatisme craniocérébral léger, une entente de service a été signée entre l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et le CSSSSL afin d'identifier les clientèles devant faire l'objet d'un transfert lors d'un tel traumatisme.

Lutte contre le cancer

Au cours de l'année 2011-2012, les différents comités mis en place ont poursuivi leurs travaux. Ceux-ci ont donné lieu :

- à la définition d'un modèle régional d'organisation des soins et des services dans la lutte contre le cancer;
- au déploiement de la phase 1 du Registre québécois du cancer;
- à la mise en place, au sein de chacun des CSSS, de protocoles opératoires standardisés synoptiques pour les cas de cancer colorectaux;
- à l'évaluation régionale des habitudes de référence pour les cancers à faible volume et les cancers rares.

Par ailleurs, l'élaboration du programme régional de lutte contre le cancer se poursuit et devrait être complétée à l'automne 2012.

Périnatalité

Le comité stratégique périnatalité Lanaudière a élaboré son *Plan d'action régional périnatalité 2011-2012 — région Lanaudière* et a procédé à la mise en œuvre de certaines des actions qui y figurent.

En voici les principales :

Le Programme québécois de dépistage prénatal de la trisomie 21 (PQDPT21) :

Le Programme québécois de dépistage prénatal de la trisomie 21 (PQDPT21) vise à rendre accessible à toutes les femmes enceintes et aux couples du Québec, sur une base volontaire, un test de dépistage prénatal de la trisomie 21 couvert par le régime d'assurance maladie. Le Programme, qui est implanté graduellement au Québec depuis 2010, est déployé depuis le 12 mars 2012 dans la région de Lanaudière.

Sage-femme :

Le CSSSSL a déposé à l'Agence un projet intitulé : *Projet de développement des services de sage-femme et d'une maison de naissance dans Lanaudière 2012-2015 Phase 1*. Ce projet consiste à offrir prioritairement aux femmes et aux familles du sud de Lanaudière l'accès à des services de sage-femme pour les suivis de grossesse, avec le choix d'accoucher à domicile, à la Maison de naissance du Boisé (à Blainville) ou à l'Hôpital Pierre-Le Gardeur.

Néonatalogie :

Les femmes enceintes de 33 semaines, sans indication de complications et qui résident sur le territoire du réseau local de services Lanaudière Sud, peuvent dorénavant accoucher à l'Hôpital Pierre-Le Gardeur. Des travaux de rénovation fonctionnelle à la pouponnière ont permis d'accroître de 8 à 10 le nombre de lits dédiés en néonatalogie.

Infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPS-PL)

Le déploiement des postes d'infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPS-SPL) est bien enclenché. Depuis le début du déploiement national en 2010, 11 postes ont été octroyés par le Ministère dont 4 confirmés en 2011-2012. De ces 11 IPS-SPL, 9 réparties dans toutes les MRC de la région de Lanaudière ont conclu une entente de partenariat avec les omnipraticiens afin d'augmenter la prise en charge de la clientèle. La région prévoit accueillir 34 IPS-SPL d'ici 2017. Le recrutement se poursuit.

Services préhospitaliers d'urgence

Volet opérationnel

L'Agence a participé au comité de transition pour l'ouverture du Centre de communication santé Laurentides-Lanaudière. Celui-ci permet de centraliser les appels d'urgence pour le transport ambulancier à un seul endroit pour les deux régions.

Volet clinique

Développement en défibrillation externe automatisée (DEA) – Au cours de la dernière année, l'Agence a poursuivi la mise en place de services de premiers répondants en défibrillation externe automatisée (PR-DEA) du côté des municipalités non desservies par des corps policiers municipaux. Les Services préhospitaliers d'urgence ont procédé à la mise en place de services de PR-DEA dans sept nouvelles municipalités de la région. Il est à noter que la région de Lanaudière a obtenu, pour l'année 2010-2011 (dernières statistiques compilées), le meilleur taux de survie à un arrêt cardiorespiratoire au Québec avec 39,7 %.

Orientation primaire des patients victimes d'un infarctus aigu du myocarde – L'Agence a mis en place, depuis juillet 2011, un plan régional d'organisation des services pour les victimes d'infarctus aigu du myocarde. En effet, les patients qui sont pris en charge à moins d'une heure des centres d'angioplastie primaire peuvent maintenant être orientés directement vers ces centres pour bénéficier du traitement. Depuis l'implantation de ce plan, 76 patients ont été ainsi orientés.

Formation et maintien des compétences – En 2011-2012, l'équipe des services préhospitaliers d'urgence a dispensé des journées de formation pour les techniciens ambulanciers paramédicaux. Ces formations portaient entre autres sur la dyspnée sévère, l'appréciation clinique préhospitalière et la revue des programmes en place. Le maintien des compétences des services de premiers répondants s'est également poursuivi à raison d'une à trois formations annuelles selon le niveau de premier répondant.

Sécurité civile – mission santé – Le Plan régional de sécurité civile-mission santé a été adopté par le conseil d'administration de l'Agence le 18 mai 2011. Soumis à plusieurs consultations multisectorielles, ce plan a pour objectif de diminuer la mortalité et la morbidité lors de sinistres. Il permet de clarifier les rôles et responsabilités de chacun des intervenants et attribue à l'Agence un rôle de coordination.

Santé mentale

Les travaux régionaux en santé mentale se sont effectués dans un contexte de transition. L'Agence a révisé les données lanaudoises du bilan du *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 — « La force des liens »*. De plus, les travaux relatifs au projet de recherche du Centre de recherche Fernand-Séguin intitulé « Enjeux et Réadaptation » se sont poursuivis.

Les expertises provinciales ont été mises à contribution. Ainsi, le MSSS a sensibilisé les établissements aux orientations relatives à l'organisation des soins et des services offerts à la clientèle adulte par les équipes en santé mentale de première ligne en CSSS. De son côté, le Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM) a partagé à la région son expertise en matière de suivi intensif et de suivi d'intensité variable.

L'Agence a collaboré avec le CSSSNL à la préparation des plans fonctionnels et techniques en courte durée psychiatrique et en pédopsychiatrie. De plus, l'Agence a suivi avec intérêt les travaux de l'établissement liés à la transformation des services de santé mentale dans le cadre d'un projet *Lean Six-Sigma*.

Finalement, à la suite de travaux soutenus, liés à l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (Loi P-38.001), la région a développé le matériel de formation pour les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, des organismes communautaires, ainsi que le matériel pour les services policiers.

Santé publique

L'engagement de la Direction de santé publique dans le cadre des grands dossiers intersectoriels a marqué l'exercice financier. L'élaboration du *Plan d'action régional pour la solidarité et l'inclusion sociale* (PARSIS) et les travaux entourant l'adoption du *Plan métropolitain d'aménagement et de développement* (PMAD) de la Communauté métropolitaine de Montréal (CMM) ressortent tout particulièrement par l'incidence qu'ils auront sur les déterminants de la santé.

Développement, adaptation et intégration sociale

Éducation à la sexualité

Le projet pilote d'éducation à la sexualité s'est poursuivi et a été implanté dans cinq écoles primaires auprès des élèves de 6e année et de leurs parents. À celui-ci se sont ajoutées des rencontres d'intervention de groupe pour les parents d'adolescents âgés de 12 à 17 ans. Celles-ci sont axées sur la prévention des grossesses et des infections transmissibles sexuellement et par le sang.

Avenir d'enfants

En vertu d'un accord de principe entre les partenaires du milieu, la Direction de santé publique a déposé une demande à l'organisme *Avenir d'enfants* pour coordonner régionalement son déploiement au sein de la communauté lanaudoise. La demande a été accueillie favorablement et un protocole d'entente a été signé.

Habitudes de vie et maladies chroniques

Offre de service en promotion des saines habitudes de vie pour les écoles

Dans le but de faire connaître les programmes/services/activités (PSA) offerts par différents partenaires en promotion des saines habitudes de vie sur le territoire nord de Lanaudière, la Direction de santé publique, le Centre de santé et de services sociaux du Nord de Lanaudière, le Réseau Sport étudiant du Québec Lanaudière-Laurentides ainsi que les Producteurs laitiers du Canada ont choisi de regrouper leurs différentes offres de service en une seule. Ainsi, depuis août 2011, cette offre de service multipartenaires est hébergée sur le site Web de la Commission scolaire des Samares. Ce site coloré, attrayant et facile de navigation favorise l'accès aux PSA pour l'ensemble des enseignants et intervenants des milieux scolaires.

Le Plateau lanaudois intersectoriel (PLI)

En octobre 2011, le Plateau lanaudois intersectoriel (PLI) a tenu un colloque régional sur les saines habitudes de vie auquel ont participé quelque 150 intervenants issus de divers secteurs (santé, éducation, municipal, famille et petite enfance, etc.). Dans le cadre de cette activité, le PLI a présenté les cinq grandes priorités de son plan d'action 2012-2015 pour une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif, qui était alors en cours d'élaboration :

- favoriser l'accessibilité, notamment pour les populations économiquement défavorisées;
- encourager l'aménagement d'espaces physiques urbains et ruraux favorables;
- poursuivre le soutien aux réseaux scolaires;
- promouvoir une meilleure harmonisation des programmes et des pratiques;
- mettre en valeur les bons coups et les bonnes pratiques.

Ce plan d'action ainsi que le plan de formation qui s'y rattache ont été adoptés en février 2012.

Santé dentaire

En 2011-2012, plus de 3 000 élèves de deuxième année, dans 56 écoles de Lanaudière, ont été examinés pour un dépistage du besoin de scellant par le dentiste de la Direction de santé publique. Parmi les élèves présentant un risque de carie et un besoin de scellant, près de 1 200 ont bénéficié, gratuitement, de cette mesure préventive contre la carie.

Programme québécois de dépistage du cancer du sein

Un centre de référence pour investigation désigné (CRID) a été déployé dans le sud de la région, en octobre, et a été intégré à la clinique de santé du sein. Cette initiative permet d'assurer une meilleure prise en charge des femmes atteintes d'un cancer du sein, notamment celles ayant fait l'objet d'un dépistage dans le cadre du programme, dans l'optique d'un continuum allant de la prévention à la réadaptation.

Traumatismes non intentionnels

Contrôle des armes à feu

Dans le cadre du dossier sur le contrôle des armes à feu (projet de loi C-19), la Direction de santé publique a produit et déposé un mémoire au Comité permanent de la sécurité publique et nationale de la Chambre des communes. Cette démarche avait pour but de réitérer l'opposition des directeurs de santé publique à l'abolition du registre des armes d'épaule. Elle a été complétée par une comparution devant le Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles. Dans ce dossier, le directeur régional de santé publique a agi à titre de porte-parole provincial.

Maladies infectieuses

Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)

En cohérence avec les constats du portrait régional des infections transmissibles sexuellement et par le sang 2010-2011, des comités et groupes de travail ont été mis sur pied, notamment pour :

- l'organisation des services de type clinique jeunesse et les Services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS en partenariat avec le CSSSNL et le CSSSSL;
- la promotion des comportements sexuels sécuritaires et l'accès au condom au Cégep régional de Lanaudière.

Infections nosocomiales

La Direction de santé publique a poursuivi, en collaboration avec les CSSS de la région, une surveillance accrue des infections nosocomiales, en particulier pour les diarrhées associées au *C. difficile*. Grâce aux mesures de prévention déployées, la situation d'éclosion dans un établissement est revenue à la normale. Il importe de souligner que les infections nosocomiales demeurent sans cesse au cœur des préoccupations et font l'objet d'une vigilance soutenue.

Vaccination

En collaboration avec les deux CSSS et l'assentiment du milieu scolaire, une campagne de rattrapage de la vaccination contre la rougeole a eu lieu dans les écoles primaires et secondaires lanaudoises, comme dans l'ensemble des régions du Québec.

Pour mieux comprendre la réalité régionale, la Direction de santé publique, en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec, participe à un projet de recherche sur l'offre de service de base en vaccination pour la clientèle 0-5 ans au CSSS du Nord de Lanaudière.

La Direction de santé publique a également procédé à la première phase d'implantation du Système d'information pour la protection en maladies infectieuses (SI-PMI). Il s'agit d'une solution informatique provinciale dont le premier volet concerne la gestion des produits immunisants.

Maladies à déclaration obligatoire (MADO)

La Direction de santé publique poursuit les enquêtes sur les MADO. Celles-ci tendent d'ailleurs à augmenter, particulièrement en ce qui a trait aux ITSS et aux entérites.

Santé environnementale

Plan métropolitain d'aménagement et de développement (PMAD) de la Communauté métropolitaine de Montréal (CMM)

La Direction de santé publique a produit un mémoire dans le cadre de la consultation publique entourant l'adoption du PMAD par la CMM. L'aménagement du territoire est une préoccupation émergente en santé publique, dans la mesure où l'environnement est un important déterminant de la santé de la population, notamment dans l'acquisition et le maintien de saines habitudes de vie.

Problématiques environnementales émergentes

Les problématiques environnementales émergentes (antenne à relais de téléphonie mobile, radon, etc.) ont engendré une augmentation du nombre d'interventions de la part des professionnels de l'équipe de la Direction de santé publique.

Santé en milieu de travail

Programmes de santé spécifiques aux établissements

Des interventions ont été réalisées auprès de 412 entreprises sur le territoire de Lanaudière. Ces interventions avaient pour objectifs d'identifier les risques à la santé, de les évaluer, de dépister les travailleurs exposés et de transmettre de l'information sur les mesures de prévention. L'équipe soutient aussi les milieux de travail dans leur gestion des risques et dans la recherche de solutions.

Programme *Pour une maternité sans danger*

Dans le cadre du programme *Pour une maternité sans danger*, l'équipe a répondu aux demandes de consultation transmises par le médecin traitant, en plus de poursuivre le développement des postes de référence. Deux projets d'harmonisation des recommandations ont aussi été réalisés dans deux entreprises.

Programmes de santé spécifiques aux entreprises

L'évaluation sommaire des troubles musculosquelettiques (TMS) a été réalisée auprès d'une centaine d'entreprises. Des solutions pour la réduction des TMS sont en cours de réalisation.

Surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants

Enquête québécoise sur la santé de la population

Des fascicules ont été produits pour favoriser l'utilisation optimale des résultats de *l'Enquête québécoise sur la santé de la population 2008*. Ceux-ci ont permis, pour une toute première fois, de présenter des estimations fiables à l'échelle des réseaux locaux de services. Les principaux indicateurs de l'enquête ont été abordés sous forme de tableaux de bord, puis dans une série de monographies décrivant les troubles musculosquelettiques, les comportements sexuels, l'usage de la contraception et les infections transmissibles sexuellement et par le sang, la pauvreté perçue et sa durée, la consommation de drogues et le tabagisme.

Les données régionales tirées de cette enquête ont aussi fait l'objet de quelques présentations et sorties publiques en cours d'année, particulièrement en ce qui a trait au tabagisme qui constitue une problématique importante dans Lanaudière.

On surveille pour vous

Un bulletin électronique intitulé *On surveille pour vous* a vu le jour et est destiné tant aux gestionnaires et aux intervenants du réseau qu'à la population en général. Publié tous les mois, il présente des données récentes traitant d'un aspect de l'état de santé de la population lanaudoise.

Maladies chroniques

La série *Les maladies chroniques dans Lanaudière* a été complétée avec la parution des monographies sur les maladies mentales et les maladies neurodégénératives.

Recherche en santé publique

Liens de proximité en soutien à domicile

À la suite du lancement d'outils d'intervention élaborés par le Comité régional de promotion des liens de proximité dans Lanaudière et des besoins de recherche identifiés par les acteurs en soutien à domicile, il est apparu opportun de regrouper cinq analyses secondaires en un seul recueil de textes. Celles-ci s'intéressent à la façon dont émergent et se maintiennent les liens de proximité, à leurs effets sur les acteurs familiaux et ceux en soutien à domicile ainsi qu'aux solutions envisagées en vue d'implanter une culture de liens de proximité en soutien à domicile.

Évaluation en santé publique

Cadre de référence

Le cadre de référence en évaluation a été révisé. Il réaffirme les orientations et les façons de faire qui ont balisé les travaux en évaluation depuis plus d'une dizaine d'années, en les resituant dans un contexte qui a évolué. Le document se caractérise par une volonté de mettre à l'avant-plan des

thèmes à évaluer issus du *Plan d'action régional de santé publique 2009-2012*, et ce, tout en privilégiant une approche participative et négociée.

Projet pilote en prévention du tabagisme

L'évaluation d'un projet pilote de prévention du tabagisme auprès d'élèves de première secondaire, *Vivre indépendant de la fumée*, a été réalisée. Elle a mis en évidence les facteurs de succès et les principaux obstacles rencontrés lors de son expérimentation.

Développement des communautés

Plan d'action régional pour la solidarité et l'inclusion sociale (PARSIS)

Au printemps 2011, la Direction de santé publique a collaboré à l'organisation d'une consultation régionale et locale ayant pour but l'élaboration du *Plan d'action régional pour la solidarité et l'inclusion sociale 2011-2015*. À cet effet, elle a produit, de concert avec la Direction régionale du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS) et la Conférence régionale des Élus (es) (CRE), des portraits populationnels pour les six MRC et la région.

Le PARSIS s'accompagne d'une enveloppe de plus de 4,3 M$ pour la région de Lanaudière. La signature, en mars 2012, d'une entente entre la CRE et le MESS permet sa mise en œuvre d'ici 2015.

Les ressources humaines du réseau

Depuis déjà plus d'un an, le réseau lanaudois des établissements de santé et des services sociaux a mis en place des stratégies novatrices en matière de planification de la main-d'œuvre et de formation. Du côté de l'Agence, l'année 2011-2012 a amené des changements au sein de l'organisation. Ainsi, depuis novembre 2011, le secteur des ressources humaines est chapeauté par une directrice des ressources humaines intérimaire et d'un coordonnateur par intérim. Malgré ce contexte, l'équipe en place a su relever le défi et a atteint, en très grande partie, les objectifs qu'elle s'était fixés au plan régional.

Marque employeur régionale

Mettre en valeur la région de Lanaudière

Cette année, les trois principaux objectifs de la marque employeur régionale étaient de positionner le réseau lanaudois comme un employeur de choix, de faire connaître la région de Lanaudière et de se démarquer des autres régions.

Les établissements de la région ont participé à divers salons de l'emploi, tout comme l'ambassadeur du réseau lanaudois a pris part à plusieurs activités promotionnelles en représentant le réseau de façon dynamique et interactive. La qualité visuelle du stand régional a grandement aidé le réseau à se démarquer des autres exposants.

Les nouvelles technologies et les médias sociaux ont aussi été intégrés, de manière plus intensive, dans la stratégie de promotion de la marque employeur régionale. Les adeptes profitent ainsi d'une panoplie de renseignements sur les établissements et la région et ont accès aux offres d'emplois qui figurent sur le site *lavienousrapproche.com*

Cette année, de la promotion a été réalisée dans des albums de finissants du secondaire. Le partenariat avec le secteur de l'éducation et d'autres organismes de la région a aussi été consolidé. Certaines pratiques ont été révisées et une activité de reconnaissance a été déployée pour le personnel du réseau, dans chacun des établissements. Cette dernière initiative a permis de mobiliser les ressources humaines et de valoriser les équipes de travail.

En termes de statistiques, le site *lavienousrapproche.com* comptabilise, d'avril 2011 à mars 2012, un total de 22 947 visites, soit une moyenne de 1 900 visites par mois, dont 1 080 visiteurs différents. Pour la section carrière, depuis le 12 juillet 2011, plus de 2 200 curriculum vitae ont été reçus et 900 personnes ont postulé pour des emplois affichés.

Planification de la main-d'œuvre

Le principal objectif de 2011-2012 était la réalisation de la première planification régionale de la main-d'œuvre.

Au 31 mars, la majorité des établissements de la région avaient finalisé leur planification locale de main- d'œuvre. Pour ce faire, il a fallu développer une standardisation des termes, identifier les titres d'emploi en difficulté de recrutement dans la région, élaborer un gabarit commun pour la production du portrait de main-d'œuvre et dresser le portrait pour les titres d'emploi visés. La réalisation de cette démarche exhaustive rend maintenant possible l'actualisation du nouveau cycle de gestion de la main-d'œuvre proposé par le MSSS, et ce, dès l'année qui vient.

Formation réseau

En janvier 2012, afin de développer une expertise régionale dans le domaine de l'optimisation des processus (*Lean*), une nouvelle cohorte de gestionnaires lanaudois a adhéré au programme de 2e cycle en Gestion de la performance dans le système de santé offert par l'Université du Québec à Trois-Rivières. En plus de soutenir cette formation, l'Agence a également organisé deux activités régionales : une première sous le thème de la crédibilité et du courage managérial et une seconde portant sur le sens politique et le pouvoir d'influence dédiée au personnel d'encadrement.

Transfert de ressources humaines

Dans le contexte de régionalisation des activités des ressources informationnelles, l'Agence de Lanaudière, en collaboration avec les agences de Laval et des Laurentides, a coordonné la préparation et les négociations des ententes permettant d'actualiser le transfert de ressources humaines en provenance des technocentres des autres régions, au sein de la Direction des ressources informationnelles régionalisées.

Les ressources informationnelles du réseau

Le secteur des ressources informationnelles a été largement sollicité dans le cadre des activités 2011-2012. L'avènement du Dossier de santé du Québec (DSQ) dans la région ainsi que l'optimisation des ressources informationnelles, qui se décline dans de nombreuses actions d'importance, constituent les faits saillants de l'année. Au nombre des initiatives maintenues ou nouvellement entreprises, la régionalisation des services et le partenariat Laval-Laurentides-Lanaudière retiennent particulièrement l'attention. Cette vision de regroupement et de mise en commun a teinté les actions de la Direction des ressources informationnelles régionalisées, tout au long de l'exercice financier, et ce, dans un souci constant d'efficience et d'économie.

Informatisation clinique

Dossier de santé du Québec (DSQ)

Le 13 septembre 2011, le ministre de la Santé et des Services sociaux, Yves Bolduc, annonçait, dans le cadre d'une conférence de presse tenue à l'Agence, que le Dossier de santé du Québec serait déployé sur tout le territoire lanaudois. Afin de soutenir cette implantation, une équipe régionale et une équipe de répondants locaux ont été mises en place. Ces équipes constituées de représentants de la Direction régionale des affaires médicales et universitaires, de la Direction des ressources informationnelles régionalisées (DRIR), de la Direction des communications et des relations publiques de l'Agence ainsi que plusieurs représentants des CSSS ont contribué :

- à la mise en place des services communs,
- aux campagnes d'information,
- à l'organisation de l'ordonnancement du déploiement de la fonction consultation pour les cliniques,
- au déploiement de l'alimentation du domaine laboratoire et du domaine médicament (33 pharmacies communautaires), du RID McGill,
- au déploiement de la fonction consultation dans deux GMF pilotes (GMF L'Assomption et GMF Rousseau-Montcalm).

La DRIR a aussi participé à la commission parlementaire sur le DSQ le 21 septembre 2011.

Dossier clinique informatisé (DCI) OACIS

Le projet de dossier clinique informatisé pour les deux CSSS de la région, débuté en 2010, s'est poursuivi en 2011-2012.

La DRIR a également participé à une journée de planification stratégique 2012-2018 d'Inforoute Santé Canada en tant que représentant du Québec. Ces journées ont permis une visibilité de la région de Lanaudière ainsi qu'une meilleure connaissance des enjeux de l'informatisation clinique sur le plan canadien.

Système intégré de distribution électronique de résultats (SIDER)

SIDER a pour objectif de fournir les résultats de laboratoire issus des deux centres de santé et de services sociaux de la région aux cliniques médicales, en temps réel, de façon sécuritaire et intégrée au dossier médical électronique ou en consultation Web. Le déploiement de l'actif SIDER s'est poursuivi cette année par l'abonnement de 10 cliniques médicales, ce qui porte le nombre total de cliniques utilisant le SIDER à un total de 39, soit 49 % des cliniques et 69 % des omnipraticiens. De plus, SIDER a fait l'objet d'une évolution afin d'ajouter des fonctionnalités de gestion.

Une présentation de SIDER a été faite devant une équipe ministérielle afin de démontrer ses fonctionnalités et son appréciation des médecins de la région. Durant cette présentation, la DRIR a aussi fait état de l'avancement des ressources informationnelles et de l'informatisation clinique dans Lanaudière, particulièrement en première ligne. Le leadership de la région a été reconnu et la solution SIDER a été retenue par le Ministère afin d'alimenter le domaine Laboratoire du DSQ.

De plus, la région chapeaute maintenant un projet appelé SIDER 3L. L'expertise et l'infrastructure en place dans Lanaudière seront partagées avec les régions de Laval et des Laurentides. À terme, les résultats de laboratoires provenant des hôpitaux des trois régions seront transmis aux cliniques médicales et groupes de médecine familiale de ces territoires. Cette information pourra également être partagée entre les trois régions.

Optimisation des ressources informationnelles

Régionalisation Lanaudière

L'optimisation des ressources régionales au sein de la DRIR s'est poursuivie avec la mise en place de l'équipe d'architecture technologique. Cette expertise a permis, entre autres, d'allouer des services d'architecture technologiques aux établissements de Lanaudière, une meilleure cohésion des ressources et une prise en charge de projets d'infrastructure tels que l'optimisation des postes de travail.

La régionalisation des services a également mené à la création du comité de coordination régionale des ressources informationnelles. Celui-ci a pour objectif de partager de l'information tactique et opérationnelle, de proposer des orientations et d'échanger sur les opportunités régionales en matière de ressources informationnelles.

En partenariat avec les établissements de la région, la DRIR a maintenu le cap sur le cadre commun de gestion de projets. À cet effet, le bureau régional de gestion de projet (BRGP) a vu le jour. Dans ce même esprit, le comité de direction de l'Agence a adopté une politique de gestion de portefeuille de projets.

Pour ce qui est du centre de service régional, une réorganisation de l'équipe a favorisé la consolidation du service de première ligne du CSSS du Sud d'un point de vue régional. Cette initiative a mené à un meilleur temps réponse et à une meilleure continuité des services. Ces travaux se poursuivront l'an prochain pour le CSSS du Nord. Finalement, l'outil de gestion des requêtes, C^2, a été mis à jour et a été choisi comme seul outil pour la région.

Partenariat Laval-Laurentides-Lanaudière

Toujours dans un souci d'optimisation et afin de concrétiser leur partenariat, les agences de Laval, des Laurentides et de Lanaudière ont convenu de regrouper la fonction de coordination régionale de la sécurité des actifs informationnels (CRSAI). Cette initiative répond en tous points à l'effort d'optimisation en confiant cette fonction à une personne au lieu de trois. Il en résulte des économies substantielles et un gain d'efficacité.

De plus, la DRIR a préparé un plan d'affaires « Centres de traitement informatique Laval-Laurentides-Lanaudière » afin de regrouper en deux centres toutes les infrastructures supportant l'informatisation des trois régions.

Autres projets d'informatisation

Infrastructure

Au cours de l'année 2011-2012, la Direction des ressources informationnelles régionalisées (DRIR) a élaboré des tests technologiques pour valider l'efficacité de certains outils face à des besoins identifiés dans le réseau (virtualisation des postes de travail et serveurs). Elle a aussi établi une standardisation de certaines procédures (plan d'optimisation des postes de travail, serveurs Windows 2008). Ces concepts permettent, entre autres, de poursuivre l'optimisation demandée dans les ententes de gestion entre l'Agence et le ministère ainsi que dans le cadre de la régionalisation des services.

La DRIR a également procédé au rehaussement, à la mise à jour et à l'ajout d'infrastructures telles que deux salles de lecture de mammographie, de nouveaux serveurs pour les laboratoires, neuf stations de visioconférence en lien avec le Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) de l'Université de Montréal. Elle a aussi contribué à la fusion des banques de données I-CLSC des deux CSSS. Cette fusion permet une meilleure gestion des utilisateurs et des dossiers patients ainsi que l'élimination de doublons.

La contribution de la DRIR s'est aussi traduite par la mise en service de plusieurs systèmes d'information et outils bureautiques (Opéra, Magistra, Office 2010, Internet Explorer 8, PMI-Panorama...) dans les différents établissements du réseau lanaudois.

Développement Web

Plusieurs développements ont retenu l'attention de la DRIR dans un contexte Web. D'abord, la DRIR a collaboré à la refonte du site Internet du Centre de réadaptation en déficience physique (CRDP) Le Bouclier. Le nouveau site propose à la clientèle et au grand public une information bonifiée, dans le respect des nouvelles normes d'accessibilité Web. Le dossier de l'accessibilité a d'ailleurs fait l'objet d'une présentation à la Table regroupant les directeurs généraux d'établissements de la région. Ceux-ci ont alors souligné l'importance d'adhérer à ces standards internationaux, qui facilitent l'accès à l'information Web pour toutes les personnes présentant des déficiences auditives, visuelles et motrices.

Aussi, le Système d'information pour les personnes ayant une déficience (SIPAD) a permis d'établir une liste de suivi par programme pour la clientèle du CRDP Le Bouclier. Ce nouvel outil facilite l'obtention des listes d'attente ainsi que le suivi de la clientèle.

Les immobilisations et les équipements de technologie médicale

Sur le plan des immobilisations, l'année 2011-2012 en est une de continuité au sein du réseau régional. En effet, les travaux de longue haleine, amorcés en 2010-2011, se sont poursuivis dans le cadre du présent exercice financier. À ces projets, est venu se greffer un important soutien au plan régional des effectifs médicaux.

Contexte régional

La région de Lanaudière dispose d'un parc immobilier d'approximativement 307 825 m^2, réparti dans environ 28 immeubles d'une valeur de près de 575 M$. Les services sont également offerts dans 46 immeubles appartenant au secteur privé, totalisant près de 40 000 m^2, loués à un coût annuel de l'ordre de 8,09 M$.

Pour ce qui est du parc d'équipements, celui-ci est évalué à environ 125,8 M$, dont près de 56,1 M$ pour le volet des équipements médicaux spécialisés.

Depuis quelques années, d'importants investissements de rattrapage ont été consentis à la région. Les ressources du milieu sont donc fortement sollicitées dans l'actualisation des projets régionaux ainsi que dans les réalisations d'envergure.

Planification des immobilisations relatives à la perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV)

Le *Plan d'action régional 2005-2010 sur les services aux personnes âgées* se poursuit. Déjà, il est possible de constater que le parc régional de CHSLD est assez récent, puisqu'il est constitué de bâtiments neufs ou récemment rénovés. Toutefois, plusieurs défis demeurent d'un point de vue fonctionnel. De nombreuses adaptations sont nécessaires pour l'intégration du concept « milieu de vie » dans les différents établissements.

Le CSSS du Nord de Lanaudière et l'Agence ont amorcé des démarches pour la construction de maisons d'hébergement dans la communauté, adaptées aux personnes âgées en perte d'autonomie.

Projets de développement

Ajout de lits de courte durée à l'Hôpital Pierre-Le Gardeur

En collaboration avec Infrastructure Québec, l'Agence a identifié les solutions immobilières pouvant permettre l'ajout de quelque 150 lits de courte durée à l'Hôpital Pierre-Le Gardeur. Le dossier de présentation stratégique a été déposé au Ministère au cours de l'été 2011 et suit son cours.

Achat de 207 places de longue durée dans le sud de la région

À la demande du MSSS et en collaboration avec le CSSS du Sud de Lanaudière, l'Agence est à préparer un appel d'offres pour l'achat de places de longue durée.

Modernisation de la Buanderie Lavérendière (CSSSNL)

La Buanderie Lavérendière rattachée au CSSS du Nord de Lanaudière est actuellement la seule buanderie publique de la région et fait face à des problématiques de vétusté. Ainsi, deux choix s'offrent à l'établissement pour la poursuite des activités, soit la modernisation de l'installation actuelle ou la construction d'une nouvelle installation.

L'Agence accompagne le CSSS du Nord de Lanaudière dans la recherche et la planification d'une solution optimale. Celle-ci doit s'autofinancer et maintenir le volume d'activités actuel. Jusqu'à maintenant, la construction d'une nouvelle buanderie est envisagée. Une étude préliminaire a été présentée au MSSS à cet effet et l'Agence est en attente de l'avis favorable des partenaires du réseau et de leur engagement à maintenir leur contrat de service avec la Buanderie Lavérendière.

Les finances du réseau

Ressources financières – Agence

Pour l'exercice financier 2011-2012, l'Agence a enregistré des revenus de 11 080 033 $ pour ses activités principales et de 126 248 $ pour les activités accessoires.

À la suite de la vérification de fin d'année, l'Agence termine l'exercice avec un excédent des produits sur les charges de 166 895 $ pour les activités principales et de 8 025 $ pour les activités accessoires.

Ressources financières – Réseau

L'enveloppe régionale des crédits 2011-2012 s'élevait à 689 118 718 $. De ce montant, 29 343 612 $ ont été transférés au formulaire budgétaire de l'Agence et 22 932 035 $ ont été alloués aux organismes communautaires et à différents organismes sans but lucratif de la région. Les budgets nets versés aux établissements publics et privés conventionnés totalisent 635 185 297 $. La répartition de ces budgets est présentée à l'annexe 2 du présent rapport.

De plus, un financement sur base annualisée de 6 447 547 $ a été annoncé par le MSSS pour le Plan de services intégrés aux personnes âgées, soit 5 217 000 $ afin d'actualiser le développement prévu des projets d'alternative à l'hébergement institutionnel et des places de récupération fonctionnelle et 1 230 547 $ pour le soutien à domicile.

Des suivis financiers ont été maintenus auprès de tous les établissements. Ces suivis ont été plus rigoureux auprès de ceux présentant des difficultés financières. Le surplus total d'exploitation des établissements publics s'élève à 6 013 953 $. Cependant, ce résultat inclut la prise en charge par le MSSS des déficits cumulés au 31 mars 2008 de 8 665 833 $. La cible déficitaire maximale autorisée de 2 886 771 $ est donc respectée.

L'atteinte de l'équilibre ou le respect de la cible déficitaire autorisée ont été rendus possibles grâce au travail rigoureux de chacun des établissements, et ce, malgré la réduction des dépenses exigée dans le cadre de la Loi 100 et des mesures d'optimisation.

Établissement	Cible déficitaire maximale	Surplus (déficit) au 31 mars 2012	Commentaire
CSSS du Sud de Lanaudière	S. O.	1 883 $	
CSSS du Nord de Lanaudière	1 388 438 $	907 358 $	Note 1
Centres jeunesse de Lanaudière	1 498 333 $	4 298 593 $	Note 1
CRDP Le Bouclier	S. O.	639 241$	
CR La Myriade	S. O.	166 878 $	
Total	**2 886 771 $**	**6 013 953 $**	

Note 1 : Les montants de prise en charge du déficit cumulé au 31 mars 2008 sont respectivement de 2 870 897 $ pour le CSSS du Nord de Lanaudière et de 5 794 936 $ pour les Centres jeunesse de Lanaudière.

ANNEXES

Rapport de la direction sur les états financiers

Les états financiers de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière ont été dressés par la direction, qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées et qui respectent les normes comptables canadiennes pour le secteur public et les particularités prévues au *Manuel de gestion financière* édicté en vertu de l'article 477 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles internes qu'elle considère comme nécessaire en vue de fournir l'assurance raisonnable que les biens sont protégés et que les opérations sont comptabilisées correctement et en temps voulu, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent la préparation d'états financiers exempts d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs.

L'Agence reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration doit surveiller la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

La firme Martin, Boulard et associés a procédé à l'audit des états financiers de l'Agence, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada, et son rapport de l'auditeur expose l'étendue et la nature de cet audit et l'expression de son opinion. La firme Martin, Boulard et associés peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

Lucie Leduc
Présidente-directrice générale

Gynette Caillé, CPA, CGA
Directrice générale adjointe

RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT SUR
LES ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS

Aux membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière

Les états financiers résumés et les notes complémentaires condensées ci-joints, sont tirés des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière pour l'exercice terminé le 31 mars 2012. Nous avons exprimé une opinion avec réserves sur ces états financiers dans notre rapport daté du 12 juin 2012 (voir ci-dessous). Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'évènements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait par conséquent se substituer à la lecture des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités, sur la base des critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire 2011-027(03.01.61.26) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre conformément à la Norme canadienne d'audit (NCA) 810, « Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés ».

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités de la l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière pour l'exercice terminé le 31 mars 2012 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire 2011-027(03.01.61.26) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Cependant, les états financiers résumés comportent les anomalies équivalentes à celles des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière pour l'exercice terminé le 31 mars 2012.

Les anomalies que comportent les états financiers audités sont décrites dans notre opinion avec réserves formulée dans notre rapport daté du 12 juin 2012. Notre opinion avec réserves est fondée sur le fait que :

- tel qu'exigé par le ministère de la Santé et des Services sociaux, les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et en assurance-salaire ne sont pas comptabilisés aux bilans totaux, ce qui constitue une dérogation aux normes comptables canadiennes pour le secteur public. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public n'ont pu être déterminées car l'information n'est pas disponible au niveau de l'Agence;

- tel qu'exigé par le ministère de la Santé et des Services sociaux, les contrats de location d'immeubles conclus entre l'Agence et la Société immobilière du Québec sont comptabilisés comme étant des contrats de location-exploitation alors qu'il s'agit de contrats de location-acquisition, conformément à la note d'orientation n° 2 des Normes comptables canadiennes pour le secteur public. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers au 31 mars 2012 et au 31 mars 2011 n'ont pu être déterminées au prix d'un effort raisonnable.

Notre opinion avec réserves indique que, à l'exception des incidences des problèmes décrits, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière au 31 mars 2012, ainsi que des résultats de ses activités et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

[1]

Martin, Boulard & Associés

Joliette, le 7 septembre 2012

37, Place Bourget Sud, Bureau 200, Joliette (Qc)

[1] Par Charles Boucher, CPA auditeur, CA

ANNEXE 1 C

Fonds d'exploitation

Exercice terminé le 31 mars 2012 - AUDITÉE

ÉTAT DES RÉSULTATS

		Activités principales		Activités accessoires	
REVENUS		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Exercice courant 3	Exercice précédent 4
Subventions MSSS :					
Budget signifié	01	8 570 771	8 776 886	83 843	38 590
(Diminution) ou augmentation du financement (P.292-1, Note 1)	02	2 035 121	2 021 088	33 268	
Variation des revenus reportés - MSSS	03	14 000	(11 580)	0	
Variation de la subvention à recevoir relative à la provision à payer liée aux congés de maladie et de vacances	04	0	4 748	0	
Total (L.01 à L.04)	05	10 619 892	10 791 142	117 111	38 590
Revenus de placements	06	12 869	9 066	9 137	6 070
Revenus commerciaux	07	xxxx	xxxx	0	
Revenus d'autres sources:					
Ventes de services et recouvrements	08	440 606	433 999	0	
Subventions Gouvernement du Canada	09			0	
Autres revenus (P.292-1, Note 2)	10	6 666	193 844	0	
Total des revenus (L.05 à L.10)	11	11 080 033	11 428 051	126 248	44 660
CHARGES					
Salaires	12	4 959 931	5 215 590	35 919	33 524
Avantages sociaux	13	1231319	1271833	0	1776
Charges sociales (C.1: P291, précision 5, C.3: P291, précision 7)	14	651363	676 272	3 566	3 290
Frais de déplacement et de représentation et dépenses C.A.(act.princ.)	15	88 788	109 539	0	
Services achetés (C.1: P.291, précision 6)	16	509 912	309 841	76 438	
Publicité et communication	17	149 473	212 784	0	
Loyers	18	2 885 314	2 941 741	0	
Location d'équipement	19	34 974	40 372	0	
Fournitures de bureau	20	48 735	48 124	0	
Dépenses de transfert	21	4 568		0	
Créances douteuses	22	0		0	
Autres charges (P.292-2, Note 3)	23	393 111	337 973	0	
Charges extraordinaires	24	xxxx	xxxx	2 300	500
Total des charges (L.12 à L.24)	25	10 957 488	11 164 069	118 223	39 090
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.11 - L.25)	26	122 545	263 982	8 025	5 570

Renseignement à titre informatif seulement					
Contributions de l'avoir-propre et interfonds :					
En provenance de l'avoir-propre (+) (préciser)	27				
En provenance de fonds affectés (+) (P.292-2, Note 4)	28	12 857	12 235	xxxx	xxxx
En provenance du fonds des activités régionalisées (+) (P.292-3, Note 5)	29	129 571	84 167	xxxx	xxxx
En provenance du fonds de stationnement (+) (préciser)	30	0		0	
Affectées au fonds d'immobilisations (-)	31	(85 312)	(90 321)	0	
Affectées au fonds de stationnement (c/a 8610) (-)	32	xxxx	xxxx	0	
Affectées à d'autres fonds (-) (P.292-3, Note 6)	33	(12 766)	(17 844)	0	
Excédent (Déficit) après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds (L.26 à L.33)	34	166 895	252 219	8 025	5 570

ANNEXE 1 D

Fonds des activités régionalisées

Exercice terminé le 31 mars 2012 - AUDITÉE

ÉTAT DES RÉSULTATS

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
REVENUS			
Crédits régionaux destinés aux établissements	01	6 129 884	4 532 783
Variation des revenus reportés - MSSS	02	0	
Variation de la subvention à recevoir relative à la provision à payer liée aux congés de maladie et de vacances	03	0	2 113
FINESSS	04	0	
Contributions des établissements	05	172 646	202 611
Revenus de placements	06	15 918	9 407
Revenus d'autres sources:			
Ventes de services et recouvrements	07	0	91 697
Subventions Gouvernement du Canada	08	0	
Autres revenus	09	519 991	641 328
Total des revenus (L.01 à L.09)	10	6 838 439	5 479 939
CHARGES			
Salaires	11	2 749 717	1 903 281
Avantages sociaux	12	693 465	583 446
Charges sociales - Fonds des services de santé (FSS)	13	144 894	99 786
Charges sociales - autres	14	244 117	180 560
Frais de déplacement et de représentation	15	42 882	33 297
Services achetés	16	717 616	769 973
Publicité et communication	17	45 842	61 843
Loyers	18	176 106	164 239
Dépenses de transfert	19	108 971	
Fournitures de bureau	20	17 119	7 737
Créances douteuses	21	0	
Autres charges	22	1 011 100	1 130 071
Total des charges (L.11 à L.22)	23	5 951 829	4 934 233
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.10 - L.23)	24	886 610	545 706

Renseignement à titre informatif seulement			
Contributions de l'avoir-propre et interfonds:			
En provenance de l'avoir-propre (+) (préciser)	25		
En provenance du fonds d'exploitation (+)	26	12 766	17 844
En provenance du fonds des activités régionalisées (+)	27	0	58
En provenance de fonds affectés (+)	28	90 828	88 769
Affectées au fonds d'exploitation (-)	29	(129 571)	(83 447)
Affectées au fonds des activités régionalisées (-)	30	0	(58)
Affectées à des fonds affectés (-)	31	0	
Affectées au fonds d'immobilisations (-)	32	(52 594)	(40 010)
Autres transferts interfonds	33	1 779	3 044
Excédent (Déficit) après contributions de l'avoir-propre et interfonds (L.24 à L.33)	34	809 818	531 906

Fonds affectés cumulés — Exercice terminé le 31 mars 2012 - AUDITÉE

ÉTAT DES RÉSULTATS

		Exercice courant	Exercice précédent
		1	2
REVENUS			
MSSS	01	23 355 950	22 935 852
Crédits régionaux	02	0	
Variation des revenus reportés - MSSS	03	0	
Variation de la subvention à recevoir relative à la provision à payer liée aux congés de maladie et de vacances	04	0	143
FINESSS	05	0	
Revenus de placements	06	41 564	34 286
Revenus d'autres sources:			
Subventions Gouvernement du Canada	07	0	
Autres revenus	08	5 127 888	5 145 103
Total des revenus (L.01 à L.08)	09	28 525 402	28 115 384
CHARGES			
Dépenses de transfert	10	28 517 497	1 581 750
	11	xxxx	xxxx
Frais financiers	12	0	
Charges d'exploitation:			
Salaires	13	236 003	95 036
Avantages sociaux	14	17 246	8 558
Charges sociales - Fonds des services de santé (FSS)	15	4 442	8 126
Charges sociales - Autres	16	8 608	4 151
Frais de déplacement et de représentation	17	1 712	1 132
Services achetés	18	0	
Location d'équipement	19	0	
Fournitures de bureau	20	0	
Autres charges	21	12 718	26 649 580
Total des charges (L.10 à L.21)	22	28 798 226	28 348 333
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.09- L.22)	23	(272 824)	(232 949)

ANNEXE 1 F

Fonds d'immobilisations — Exercice terminé le 31 mars 2012 - AUDITÉE

ÉTAT DES RÉSULTATS

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
REVENUS			
Ministère de la santé et des services sociaux:			
Subvention pour le remboursement de la dette-capital	01	1 072 348	363 169
Subvention pour le remboursement de la dette-intérêt	02	1 255 782	1 318 633
Revenus de placements	03		
Gain sur disposition d'immobilisations	04		
Amortissement des revenus reportés:			
Subventions Gouvernement du Canada	05	0	
Autres contributions et dons (préciser)	06	0	
Autres revenus (préciser)	07		
Total des revenus (L.01 à L.07)	08	2 328 130	1 681 802
CHARGES			
Frais financiers:			
Intérêts sur emprunts temporaires et sur la dette	09	1 271 270	1 329 721
Amortissement de la prime ou escompte sur la dette	10		
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	11	7 070	
Dépenses d'immobilisations non capitalisables	12	257 826	197 848
Amortissement des immobilisations	13	820 040	877 978
Perte sur disposition d'immobilisations	14	347	
Autres charges (P.292-3, Note 7)	15	0	125 781
Total des charges (L.09 à L.15)	16	2 356 553	2 531 328
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.08 - L.16)	17	(28 423)	(849 526)

Renseignement à titre informatif seulement: Contributions			
Contributions en provenance du:			
Fonds d'exploitation-activités principales (+)	18	85 312	90 321
Fonds d'exploitation-activités accessoires complémentaires (+)	19	0	
Fonds d'exploitation-activités accessoires commerciales (+)	20	0	
Fonds des activités régionalisées (+)	21	52 594	40 010
De fonds affectés (+)	22	0	8 912
Fonds de stationnement (+)	23	0	
Contributions affectées à d'autres fonds (-) (P.292-3, Note 8)	24		(67 011)
Excédent (Déficit) après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds (L.17 à L.24)	25	109 483	(777 294)

Fonds d'exploitation — Exercice terminé le 31 mars 2012 - AUDITÉE

SOLDE DE FONDS

		Activités principales 1	Avoir propre 2	Total (C.1 + C.2) 3
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	304 476	684 674	989 150
Additions (déductions)				
ACTIVITÉS PRINCIPALES:				
Excedent (Déficit) de l'exercice des activités principales (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre):	02	122 545	0	122 545
Transferts interfonds (provenance):				
Contributions des fonds affectés (+)	03	xxxx	12 857	12 857
Contributions du fonds des activités régionalisées (+)	04	xxxx	129 571	129 571
Contributions du fonds de stationnement (+)	05	xxxx	0	0
Transferts interfonds (affectations):				
Contributions au fonds d'immobilisations (-)	06	xxxx	(85 312)	(85 312)
Contributions à d'autres fonds (-)	07	xxxx	(12 766)	(12 766)
ACTIVITÉS ACCESSOIRES:				
Excedent (Déficit) de l'exercice des activités accessoires (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre):	08	xxxx	8 025	8 025
Transferts interfonds (provenance):				
Contributions du fonds de stationnement (+)	09	xxxx	0	0
Transferts interfonds (affectations):				
Contributions au fonds d'immobilisations (-)	10	xxxx	0	0
Contributions au fonds de stationnement (c-a 8610)(-)	11	xxxx	0	0
Contributions à d'autres fonds (-)	12	xxxx	0	0
AUTRES ÉLÉMENTS:				
Libération de surplus	13	(304 476)	304 476	0
Contributions de l'avoir propre aux autres fonds	14	xxxx		0
Autres (détail page 268)	15	0	0	0
Variation de l'exercice (L.02 à L.15)	16	(181 931)	356 851	174 920
Redressements demandés par le MSSS (préciser)	17			0
SOLDE CREDITEUR (DEBITEUR) A LA FIN (L.01 + L.16 + L.17)	18	122 545	1 041 525	1 164 070

Fonds d'immobilisations
Fonds des activités régionalisées

Exercice terminé le 31 mars 2012 - AUDITÉE

SOLDE DE FONDS

		Fonds d'immobilisations 1	Fonds des activités régionalisées 2
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01		1 182 379
Additions (déductions)			
Excédent (Déficit) de l'exercice (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre)	02	(28 423)	886 610
Transferts interfonds (provenance):			
Contributions du fonds d'exploitation (+)	03	85 312	12 766
Contributions des activités régionalisées (+)	04	52 594	0
Contributions de fonds affectés (+)	05	0	90 828
Transferts interfonds (affectations):			
Contributions au fonds d'exploitation (-)	06		(129 571)
Contributions au fonds des activités régionalisées (-)	07		0
Contributions à des fonds affectés (-)	08		0
Contributions au fonds d'immobilisations (-)	09	xxxx	(52 594)
Autres transferts interfonds (C.1: préciser)	10		1 779
Contribution de l'avoir propre aux autres fonds (C.1: préciser)	11		0
Autres additions (déductions) (C.1: préciser)	12		0
Variation de l'exercice (L.02 à L.12)	13	109 483	809 818
Redressements demandés par le MSSS (C.1: préciser)	14		0
SOLDE CREDITEUR (DEBITEUR) A LA FIN (L.01 + L.13 + L.14)	15	109 483	1 992 197

Fonds affectés cumulés

Exercice terminé le 31 mars 2012 - AUDITÉE

SOLDES DES FONDS

		Exercice courant	Exercice précédent
		1	2
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	1 497 803	1 763 114
Additions (déductions)			
Excédent (Déficit) de l'exercice	02	(272 824)	(232 949)
Transferts interfonds (provenance):			
Contributions du fonds d'exploitation (+)	03	0	
Contributions des activités régionalisées (+)	04	0	
Contributions de fonds affectés (+)	05	0	
Transferts interfonds (affectations):			
Contributions au fonds d'exploitation (-)	06	0	
Contributions au fonds des activités régionalisées (-)	07	(90 828)	(88 769)
Contributions à d'autres fonds affectés (-)	08	0	
Contributions au fonds d'immobilisations (-)	09	0	(8 912)
Transferts interfonds (pages 529, 530 et 531)	10	(14 636)	51 732
Autres additions (déductions)	11	0	13 587
Variation de l'exercice (L.02 à L.11)	12	(378 288)	(265 311)
Redressements demandés par le MSSS	13	0	
SOLDE CREDITEUR (DEBITEUR) A LA FIN (L.01 + L.12 + L.13)	14	1 119 515	1 497 803

Fonds d'exploitation - Fonds des activités régionalisées — Exercice terminé le 31 mars 2012 - AUDITÉE

BILAN

		Fonds d'exploitation		Fonds des activités régionalisées	
ACTIF		Exercice courant	Exercice précédent	Exercice courant	Exercice précédent
À court terme		1	2	3	4
Encaisse	01	1 782 796	1 659 804	2 129 559	1 774 897
Placements temporaires	02			0	
Débiteurs :					
MSSS (C.1: P.290, précision 3)	03	350 310	26 777	67 069	106 644
FINESSS	04	xxxx	xxxx	0	
Établissements publics (P.292-4, Note 9)	05	15 818	27 415	53 231	141 609
Gouvernement du Canada	06			0	
Fonds d'exploitation	07	xxxx	xxxx	0	
Fonds des act. régionalisées (C.1 : P.292-4, Note 10)	08	129 571		xxxx	xxxx
Fonds affectés (C.1 : P.292-5, Note 11)	09	12 857	95 682	0	
Autres débiteurs (C.1 : P.292-5, Note 12)	10	159 526	388 869	379 656	323 745
Charges payées d'avance	11	29 405	27 768	7 101	8 366
Actifs incorporels et actifs non amortissables, excluant terrains (préciser)	12			xxxx	xxxx
Autres éléments (C.1 : P.292-5, Note 13)	13	2 851	45 660	0	
Total - Actif à court terme (L. 01 à L.13)	14	2 483 134	2 271 975	2 636 616	2 355 261
À long terme Subvention à recevoir - provision pour vacances et congés de maladie	15	616 777	616 777	131 731	131 731
Autres éléments d'actif (C.1 : préciser)	16			0	
TOTAL DE L'ACTIF (L.14 à L.16)	17	3 099 911	2 888 752	2 768 347	2 486 992
PASSIF					
À court terme					
Découvert de banque	18			0	
Emprunts temporaires	19			0	
Intérêts courus à payer	20			0	
Autres créditeurs et autres charges à payer :					
MSSS (C.1: P.290, précision 4)	21			0	
Établissements publics (P.292-6, Note 14)	22	45 072	15 946	38 149	599 088
Fonds d'exploitation	23	xxxx	xxxx	129 571	83 447
Fonds des activités régionalisées (C.1: préciser)	24			xxxx	xxxx
Fonds affectés (C.1 : préciser)	25			0	
Salaires courus à payer	26	478 334	414 799	0	
Fonds des services de santé (FSS) à payer	27	27 004	40 672	0	
Autres créditeurs (C.1 : P.292-7, Note 15)	28	658 997	565 029	168 727	218 767
Revenus reportés - Gouvernement du Canada	29	0		0	
Autres revenus reportés (C.1 : préciser à la page 289)	30	4 000	50 277	35 508	56 003
Provision pour vacances et congés de maladie	31	722 434	812 879	385 691	335 953
Autres éléments (C.1 : préciser)	32			18 504	11 355
Total – Passif à court terme (L.18 à L.32)	33	1 935 841	1 899 602	776 150	1 304 613
Dettes à long terme (C.1 : préciser)	34			0	
TOTAL DU PASSIF (L.33 + L.34)	35	1 935 841	1 899 602	776 150	1 304 613
SOLDE DE FONDS	36	1 164 070	989 150	1 992 197	1 182 379
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.35 + L.36)	37	3 099 911	2 888 752	2 768 347	2 486 992

ANNEXE 1 K

Fonds affectés cumulés — Exercice terminé le 31 mars 2012 - AUDITÉE

BILAN

ACTIF		Exercice courant	Exercice précédent
À court terme		1	2
Encaisse	01	1 861 652	2 349 045
Placements temporaires	02	0	
Débiteurs :			
MSSS	03	515 519	1 461 138
FINESSS	04	0	
Établissements publics	05	0	
Gouvernement du Canada	06	0	
Fonds d'exploitation	07	0	
Fonds des activités régionalisées	08	0	
	09	xxxx	xxxx
Autres débiteurs	10	167 833	234 127
Charges payées d'avance	11	0	
Autres éléments	12	0	22 286
Total - Actif à court terme (L.01 à L.12)	13	2 545 004	4 066 596
À long terme			
Subvention à recevoir - provision pour vacances et congés de maladie	14	24 911	24 911
Placements à long terme	15	0	
TOTAL DE L'ACTIF (L.13 à L.15)	16	2 569 915	4 091 507
PASSIF			
À court terme			
Découvert de banque	17	0	
Emprunts temporaires	18	0	
Intérêts courus à payer	19	0	
Autres créditeurs et autres charges à payer :			
Établissements publics	20	889 236	761 657
Organismes	21	0	
Fonds d'exploitation	22	12 857	12 235
Fonds des activités régionalisées	23	0	
	24	xxxx	xxxx
Salaires courus à payer	25	0	
Fonds des services de santé (FSS) à payer	26	0	
Autres créditeurs	27	513 378	1 795 224
Revenus reportés - MSSS	28	0	
Revenus reportés - Gouvernement du Canada	29	0	
Autres revenus reportés	30	0	
Provision pour vacances et congés de maladie	31	32 319	24 588
Autres éléments	32	2 610	
TOTAL DU PASSIF (L.17 à L.32)	33	1 450 400	2 593 704
SOLDE DE FONDS	34	1 119 515	1 497 803
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.33 + L.34)	35	2 569 915	4 091 507

Fonds d'immobilisations — Exercice terminé le 31 mars 2012 - AUDITÉE

BILAN

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIF			
À court terme			
Encaisse	01	99 582	(19 278)
Placements temporaires	02		
Avances de fonds aux établissements publics	03	16 622 670	10 321 586
Débiteurs:			
MSSS	04	0	226 713
Gouvernement du Canada	05		
Autres débiteurs (P.292-7, Note 16)	06		103 118
À long terme			
Immobilisations	07	3 904 281	4 020 147
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable	08	25 309 418	26 962 174
Frais reportés liés aux dettes	09	53 902	34 407
Autres éléments d'actifs (préciser)	10		
TOTAL DE L'ACTIF (L.01 à L.10)	11	45 989 853	41 648 867
PASSIF			
À court terme			
Découvert de banque	12		
Emprunts temporaires	13	17 505 866	13 439 317
Intérêts courus à payer	14	208 004	226 713
Salaires courus à payer	15		
Fonds des services de santé (FSS) à payer	16		
Provision pour vacances et congés de maladie	17	0	
Avances de fonds en provenance d'une agence	18	99 586	
Autres éléments (P.292-7, Note 17)	19		91 788
À long terme			
Revenus reportés - Gouvernement du Canada	20	0	
Autres revenus reportés	21	0	
Passifs environnementaux	22		
Dettes à long terme	23	28 066 914	27 891 049
TOTAL DU PASSIF (L.12 à L.23)	24	45 880 370	41 648 867
SOLDE DE FONDS	25	109 483	
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.24 + L.25)	26	45 989 853	41 648 867

ANNEXE 1 M

Exercice terminé le 31 mars 2012 - AUDITÉE

ÉTAT D'ALLOCATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE DES CRÉDITS 2011-2012

		Montant
ENVELOPPE RÉGIONALE		
Montant de l'enveloppe régionale finale (nette) 2011-2012 inscrit dans le système SBF-R	01	689 118 718
AFFECTATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE		
Allocations aux établissements	02	635 185 297
Allocations aux organismes communautaires	03	21 458 536
Allocations à d'autres organismes excluant ligne 02 et ligne 03	04	1 473 499
Montant des allocations de l'enveloppe régionale inscrites dans le système SBF-R **(L. 02 à L. 04)**	05	658 117 332
Montant engagé au formulaire budgétaire de l'Agence ayant un impact à l'enveloppe régionale finale	06	29 343 612
Autres (P.292-7, Note 18)	07	22 200
TOTAL (L.05 à L.07)	08	687 483 144
Excédent de l'enveloppe régionale sur les affectations avant prévision des comptes à payer (L.01 - L.08)	09	1 635 574
Comptes à payer inscrits en fin d'exercice pour les établissements publics		
- Comptes à payer signifiés (P.292-8, Note 19)	10	617 984
- Comptes à payer non signifiés	11	
Comptes à payer inscrits en fin d'exercice pour les organismes autres que les établissement publics		
- Comptes à payer signifiés (P.292-9, Note 20)	12	1 017 590
- Comptes à payer non signifiés	13	
TOTAL des comptes à payer inscrits en fin d'exercice dans le système SBF-R **(L.10 à L.13)**	14	1 635 574
Comptes à fin déterminée reportés à l'enveloppe régionale de l'exercice subséquent	15	
EXCÉDENT DE L'ENVELOPPE SUR LES AFFECTATIONS (L.09 - L.14 - L.15)	16	0

Notes aux états financiers - AUDITÉE — Exercice terminé le 31 mars 2012

NOTE 1 – RÉSULTATS

Le résultat des opérations des activités principales indiqué à la page 200, ligne 26, est traité de la façon suivante :

- le résultat se solde par un excédent des revenus sur les charges au montant de 122 545 $; il est imputé au solde des activités principales et est assujetti à la politique de libération du surplus.

Le résultat des opérations des activités accessoires indiqué à la page 200, ligne 26, se solde par un excédent des revenus sur les charges de 8 025 $ et est imputé à l'avoir propre.

NOTE 2 – STATUT ET NATURE DES OPÉRATIONS

L'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière (l'Agence) a été constituée le 1er janvier 2006 en vertu de la *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives* (2005, chapitre 32). Elle a principalement pour objet d'exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'Agence n'est pas assujettie aux impôts sur le revenu.

NOTE 3 – MODIFICATION DE CONVENTIONS COMPTABLES

Modèle de présentation

Le rapport financier annuel est préparé conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public et l'Agence présente pour la première fois les informations financières requises à son rapport financier annuel. Le nouveau modèle de présentation introduit les informations requises afin de refléter la variation des actifs financiers nets (dette nette).

La présentation de ces nouvelles informations n'implique aucune modification dans la comptabilisation des opérations et événements, uniquement dans la présentation au rapport financier annuel, notamment les immobilisations, les stocks de fournitures et les frais payés d'avance qui sont désormais regroupés sous l'appellation *actifs non financiers* selon la présentation indiquée en note aux pages 280.

Dans les exercices passés, les données comparatives incluses au rapport financier annuel n'étaient pas retraitées pour considérer l'impact des modifications comptables autres que les révisions d'estimations comptables adoptées au cours de l'exercice. Dorénavant, les exercices antérieurs sont redressés lorsque l'information nécessaire pour ce faire peut être établie au prix d'un effort raisonnable.

Subvention à recevoir sur les dettes financées par le gouvernement - réforme comptable

La subvention à recevoir - réforme comptable fait l'objet d'estimations comptables. Au cours de l'exercice, la méthode utilisée a été révisée relativement à la subvention à recevoir pour le financement des immobilisations, à la suite de l'expérience acquise au cours des dernières années. Cette modification comptable appliquée prospectivement a pour effet d'augmenter (diminuer) les postes suivants :

	2012
Subventions à recevoir - Immobilisations - Écart de financement - Réforme comptable	57 150 $
Subventions - Gouvernement du Québec	57 150 $
Surplus (déficit) de l'exercice	57 150 $

NOTE 3 – MODIFICATION DE CONVENTIONS COMPTABLES (suite)

Avantages sociaux futurs

Dans le passé, les passifs afférents aux obligations envers les hors-cadres du réseau de la santé et des services sociaux pour l'ancienne indemnité de départ n'étaient pas inscrits aux états financiers.

A compter de l'exercice 2011-2012, les passifs reliés aux obligations relatives à l'allocation d'attraction et de rétention à verser à certains hors-cadres sont comptabilisés (cette allocation d'attraction et de rétention remplace l'ancienne indemnité de départ mentionnée au paragraphe précédent).

Cette modification comptable est appliquée prospectivement, étant donné que l'impact sur les exercices antérieurs est considéré comme négligeable. Elle a pour effet d'augmenter (diminuer) les postes suivants :

	2012
Autres créditeurs et autres charges à payer	149 305 $
Salaires, avantages sociaux et charges socia	7 072 $
Surplus (déficit) de l'exercice	(7 072) $

NOTE 4 – DESCRIPTION DES PRINCIPALES CONVENTIONS COMPTABLES

Conventions comptables

Ce rapport financier annuel est établi conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, à l'exception des normes suivantes :

- Les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et en assurance-salaire ne sont comptabilisés ni au bilan du fonds d'exploitation ni au bilan regroupé, ce qui constitue une dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public;
- Les immeubles loués auprès de la Société immobilière du Québec sont comptabilisés comme une location-exploitation au lieu d'une location-acquisition, ce qui n'est pas conforme à la note d'orientation n° 2 des Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Utilisation d'estimations

La préparation du rapport financier annuel exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard de la comptabilisation des actifs et des passifs, de la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers, ainsi que de la comptabilisation des produits et des charges au cours de la période visée par le rapport financier annuel. Les résultats réels peuvent différer des meilleures prévisions faites par la direction.

Exercice financier

Conformément aux dispositions de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* , l'exercice financier de l'Agence s'étend du 1er avril au 31 mars. Cependant, l'exercice financier du Fonds de santé au travail, qui regroupe les activités que doit assurer l'Agence aux fins de l'application des programmes de santé au travail visés par le chapitre VIII de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* , ne couvre pas la même période.

Comptabilité d'exercice

La comptabilité d'exercice est utilisée tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières.

NOTE 4 – DESCRIPTION DES PRINCIPALES CONVENTIONS COMPTABLES (suite)

Comptabilité par fonds

L'Agence suit les principes de la comptabilité par fonds. Les fonds suivants apparaissent aux états financiers de l'Agence et présentent donc une importance particulière :

i) Le fonds d'exploitation regroupe les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires);

ii) Le fonds d'immobilisations regroupe les opérations relatives aux immobilisations appartenant à l'Agence, aux dettes à court et à long termes à leur égard et à tout autre mode de financement s'y rattachant. Les immobilisations acquises pour les activités régionalisées, pour les activités des fonds affectés de l'Agence et pour des établissements privés admissibles sont inscrites directement au fonds d'immobilisations de l'Agence. De plus, les dépenses non capitalisables financées par les enveloppes décentralisées sont présentées aux résultats du fonds d'immobilisations;

iii) Le fonds des activités régionalisées regroupe les opérations de l'Agence relatives à sa fonction de représentant d'établissements ou à toute autre fonction et activité à portée régionale confiées par les établissements et qu'elle assume dans les limites de ses pouvoirs. Le financement de ces opérations est assuré principalement à partir de crédits normalement destinés aux établissements et gérés sur une base régionale par les établissements concernés;

iv) Les fonds affectés sont constitués de subventions reliées à des programmes ou services précisément définis et confiés à l'Agence. Cette dernière a le mandat d'assurer les activités reliées aux programmes ou services pour lesquels ces subventions sont octroyées;

v) Le fonds de santé au travail regroupe les activités reliées à la mise en application des programmes de santé au travail élaborés par la Commission de la santé et de la sécurité du travail. Ces programmes visent à maintenir et à promouvoir la santé en milieu de travail. Le financement du fonds est constitué des subventions de la Commission de la santé et de la sécurité du travail et les activités sont réalisées par l'équipe régionale et les équipes locales.

Dans le contexte de la consolidation, afin d'éviter la comptabilisation en double des revenus et des dépenses, les transferts de et à un autre fonds sont comptabilisés directement au solde de fonds des fonds concernés. Dans le cas du fonds d'exploitation, du fonds des activités régionalisées et du fonds d'immobilisations, ils sont toutefois tenus en compte pour fins de présentation à l'état des résultats, de manière à démontrer les résultats avant et après les transferts. Par la suite, ils sont présentés au solde de fonds des fonds concernés.

Classification des activités

La classification des activités du fonds d'exploitation de l'Agence tient compte des services qu'elle peut fournir dans la limite de ses pouvoirs. Les activités sont classées en deux groupes :

i) Les activités principales regroupent les opérations qui découlent des fonctions que l'Agence est appelée à exercer et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission;

ii) Les activités accessoires comprennent les fonctions que l'Agence exerce dans la limite de ses pouvoirs en sus de ses activités principales.

Ces activités accessoires se subdivisent en activités complémentaires et de type commercial.

Les activités accessoires complémentaires regroupent les opérations qui, tout en constituant un apport au réseau de la santé et des services sociaux, découlent des fonctions additionnelles exercées par l'Agence en sus des fonctions confiées à l'ensemble des agences.

Les activités accessoires de type commercial regroupent toutes les opérations de nature commerciale non reliées directement à l'exercice des fonctions confiées aux agences.

NOTE 4 – DESCRIPTION DES PRINCIPALES CONVENTIONS COMPTABLES (suite)

Centres d'activités

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des dépenses, les dépenses engagées par l'Agence dans le cadre du fonds d'exploitation et du fonds des activités régionalisées sont regroupées dans des centres d'activités. Chacun de ces centres est une entité regroupant des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services rendus par l'Agence.

Immobilisations

Les immobilisations acquises sont comptabilisées au coût. Elles sont amorties linéairement en fonction de leur durée de vie utile :

Catégorie	Durée
Améliorations locatives	Sur la durée restante du bail
Location-acquisition	5 ans
Matériel et équipement	3 à 25 ans

Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts

Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire. L'escompte ou la prime sur emprunts sont comptabilisés à titre de frais ou de revenus reportés et sont amortis selon le taux effectif de chaque emprunt.

Avoir propre

L'avoir propre est constitué des résultats des activités accessoires et de la partie de l'excédent des revenus sur les dépenses des activités principales des exercices précédents libérée par le MSSS. Lorsque les résultats des activités principales se soldent par un excédent des dépenses sur les revenus, ce montant est imputé en totalité à l'avoir propre.

Revenus et revenus reportés (autres qu'immobilisations)

Les revenus sont comptabilisés selon la méthode de la comptabilité d'exercice, c'est-à-dire dans l'année au cours de laquelle ont eu lieu les opérations ou les faits leur donnant lieu.

Pour les sommes en provenance d'une entité faisant partie du périmètre comptable du gouvernement :

i) Ces sommes, dont le budget de fonctionnement, sont constatées et comptabilisées aux revenus dans l'année financière au cours de laquelle surviennent les faits qui leur donnent lieu, dans la mesure où elles sont autorisées, les critères d'admissibilité sont rencontrés (s'il en est) et une estimation raisonnable des montants en cause est possible lorsqu'applicable;

ii) Les sommes reçues ou à recevoir concernant des revenus qui seront gagnés dans une année ultérieure peuvent faire l'objet d'un revenu reporté seulement dans le cas où les sommes doivent être affectées à des fins prescrites et que pour des dépenses qui seront assumées pour ces fins dans le futur;

iii) Lorsque les fins spécifiées sont remplies, la comptabilisation d'un revenu reporté n'est généralement plus permise. Toutefois, si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, la comptabilisation d'un revenu reporté peut être possible si les faits donnant lieu au transfert ne sont pas survenus. C'est le cas lorsque la nouvelle entente prévoit les fins pour lesquelles les sommes restantes doivent être utilisées.

NOTE 4 – DESCRIPTION DES PRINCIPALES CONVENTIONS COMPTABLES (suite)

Revenus et revenus reportés (autres qu'immobilisations) (suite)

Pour les sommes en provenance d'une entité hors du périmètre comptable du gouvernement :

i) Ces sommes sont constatées et comptabilisées comme revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites en vertu d'une entente (nature de la dépense, utilisation prévue ou période pendant laquelle les dépenses devront être engagées). Les sommes reçues avant qu'elles soient utilisées doivent être présentées à titre de revenus reportés jusqu'à ce que lesdites sommes soient utilisées aux fins prescrites dans l'entente;

ii) Lorsque les sommes reçues excèdent les coûts de la réalisation du projet ou de l'activité selon les fins prescrites à l'entente, cet excédent doit être inscrit comme revenu dans l'exercice au cours duquel le projet ou l'activité est terminé, sauf si l'entente prévoit l'utilisation du solde, le cas échéant, à d'autres fins prescrites. De même, si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, il est possible de comptabiliser un revenu reporté si cette entente prévoit les fins pour lesquelles le solde doit être utilisé.

Pour les fonds des activités régionalisées, les revenus spécifiques pour des activités qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent sont reportés.

Pour les fonds affectés, les subventions reportées ne peuvent découler que des situations suivantes :

i) Subvention spécifiquement identifiée dans un document provenant du MSSS comme étant accordée en tout ou en partie à un exercice financier futur;

ii) Subvention reçue en fin d'exercice financier (trois derniers mois de l'exercice) ou au début de l'exercice financier subséquent et dont la réallocation ne peut être effectuée qu'au cours de l'exercice subséquent;

iii) Subvention accordée pour la première année à un fonds affecté pour des activités dont la programmation n'a pu être déterminée dans l'année;

iv) Subvention à redistribuer aux autres agences et dont la répartition n'est pas connue au 31 mars.

Revenus d'intérêts

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements sont partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires. Dans le cas d'un prêt interfonds, les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements réalisés à partir d'un solde prêté appartiennent au fonds prêteur.

Ristournes ou bonis bancaires

Les ristournes ou bonis accordés par les institutions financières prêteuses restent dans le fonds emprunteur. Ils ont pour effet de réduire la dépense d'intérêts et, le cas échéant, les intérêts courus à payer.

Subventions du MSSS - Écart de financement - immobilisations

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds auquel ils se réfèrent. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec. De plus, un ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations est comptabilisé aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations. Cet ajustement de la subvention est déterminé par l'Agence à son rapport financier annuel.

NOTE 5 - EMPRUNT BANCAIRE

Au 31 mars 2012, l'Agence dispose de facilités de crédit autorisé d'un montant maximal de 89 530 700 $ auprès d'une institution financière, portant intérêt au taux des acceptations bancaires majoré de 0,30 %, variant de 1,49 % à 1,50 %, garanti par le ministère de la Santé et des Services sociaux, dont 72 409 988 $ du crédit autorisé n'est pas utilisé au 31 mars 2012. La convention de crédit est renégociable le 31 mars 2013.

NOTE 6 – BILLETS

	2012	2011
Billet à terme portant intérêt à des taux annuels variant de 4,66 % à 9,82 %, remboursable en versements annuels variables et en capital à refinancer par la CHQ, échéant en 2023.	3 371 627 $	3 938 838 $
Billet à terme portant intérêt au taux annuel de 4,20 %, remboursable en versements annuels de 318 622 $ en capital, échéant en décembre 2011.		2 491 660
Billet à terme portant intérêt au taux annuel de 4,436 %, remboursable en versements annuels de 18 083 $ en capital, échéant en septembre 2013.	379 752	397 835
Billet à terme portant intérêt au taux annuel de 4,436 %, remboursable en versements annuels de 250 665 $ en capital, échéant en septembre 2013.	2 026 112	2 276 777
Billet à terme portant intérêt au taux annuel de 4,367 %, remboursable en versements annuels de 33 477 $ en capital, échéant en mars 2014.	669 547	703 024
Billet à terme portant intérêt au taux annuel de 4,367 %, remboursable en versements annuels de 430 203 $ en capital, échéant en mars 2014.	3 239 454	3 669 657
Billet à terme portant intérêt au taux annuel de 3,32 %, remboursable en versements annuels de 218 377 $ en capital, échéant le 1er juin 2014.	3 200 219	3 418 595
Billet à terme portant intérêt au taux annuel de 3,32 %, remboursable en versements annuels de 373 955 $ en capital, échéant le 1er juin 2014.	2 795 482	3 169 437
Billet à terme portant intérêt au taux annuel de 3,83 %, remboursable en versements annuels de 42 405 $ en capital, échéant le 1er décembre 2016.	1 017 716	1 060 121
Billet à terme portant intérêt au taux annuel de 3,83 %, remboursable en versements annuels de 669 247 $ en capital, échéant le 1er décembre 2016.	6 049 555	6 718 802
Billet à terme portant intérêt au taux annuel de 1,90 %, remboursable en versements annuels de 318 622 $ en capital, échéant le 25 avril 2017.	2 173 038	
Billet à terme portant intérêt au taux annuel de 2,47 %, remboursable en versements annuels de 46 832 $ en capital, échéant le 1er décembre 2017.	1 170 816	
Billet à terme portant intérêt au taux annuel de 2,61 %, remboursable en versements annuels de 281 348 $ en capital, échéant le 1er décembre 2018.	1 969 434	
	28 062 752 $	**27 844 746 $**
Tranche échéant à moins d'un an	3 292 354 $	5 095 282 $
	24 770 398 $	**22 749 464 $**

NOTE 6 – BILLETS (suite)

Les remboursements en capital (versements et refinancements) des billets à effectuer durant les cinq prochains exercices sont les suivants :

2013	**3 292 354 $**
2014	**8 188 699 $**
2015	**6 881 984 $**
2016	**1 511 450 $**
2017	**5 020 464 $**

NOTE 7 – RÉGIMES DE RETRAITE

Les membres du personnel de l'Agence participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, compte tenu que l'Agence ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice de l'Agence envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le ministère de la Santé et des Services sociaux et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

NOTE 8 - ENGAGEMENTS

L'Agence s'est engagée en vertu d'un bail à long terme échéant le 30 juin 2023 pour des locaux administratifs, et jusqu'en novembre 2012 pour des biens loués. Ces baux comportent, dans certains cas, une option de renouvellement de cinq ans.

La dépense de loyer de l'exercice terminé le 31 mars 2012 concernant ces locaux administratifs et ces biens loués s'élève à 1 105 769,15 $. Les paiements minimums futurs s'établissent comme suit :

	Locaux administratifs	Équipements loués
2013	1 110 599 $	27 759 $
2014	1 110 599	
2015	1 110 599	
2016	1 110 599	
2017	1 110 599	
2018 et subséquentes	6 663 594	
	12 216 589 $	**27 759 $**

NOTE 9 - LOYER SOCIÉTÉ IMMOBILIÈRE DU QUÉBEC

Tel qu'exigé par le ministère de la Santé et des Services sociaux, le coût des loyers des établissements privés conventionnés de la région de Lanaudière a été comptabilisé aux états financiers de l'Agence.

Centre d'hébergement Champlain Le Château	426 594 $
CHSLD Vigi Yves-Blais	646 585
CHSLD de la Côte-Boisée	882 472
	1 955 651 $

NOTE 6 – BILLETS (suite)

Les remboursements en capital (versements et refinancements) des billets à effectuer durant les cinq prochains exercices sont les suivants :

2013	**3 292 354 $**
2014	**8 188 699 $**
2015	**6 881 984 $**
2016	**1 511 450 $**
2017	**5 020 464 $**

NOTE 7 – RÉGIMES DE RETRAITE

Les membres du personnel de l'Agence participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, compte tenu que l'Agence ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice de l'Agence envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le ministère de la Santé et des Services sociaux et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

NOTE 8 - ENGAGEMENTS

L'Agence s'est engagée en vertu d'un bail à long terme échéant le 30 juin 2023 pour des locaux administratifs, et jusqu'en novembre 2012 pour des biens loués. Ces baux comportent, dans certains cas, une option de renouvellement de cinq ans.

La dépense de loyer de l'exercice terminé le 31 mars 2012 concernant ces locaux administratifs et ces biens loués s'élève à 1 105 769,15 $. Les paiements minimums futurs s'établissent comme suit :

	Locaux administratifs	Équipements loués
2013	1 110 599 $	27 759 $
2014	1 110 599	
2015	1 110 599	
2016	1 110 599	
2017	1 110 599	
2018 et subséquentes	6 663 594	
	12 216 589 $	**27 759 $**

NOTE 9 - LOYER SOCIÉTÉ IMMOBILIÈRE DU QUÉBEC

Tel qu'exigé par le ministère de la Santé et des Services sociaux, le coût des loyers des établissements privés conventionnés de la région de Lanaudière a été comptabilisé aux états financiers de l'Agence.

Centre d'hébergement Champlain Le Château	426 594 $
CHSLD Vigi Yves-Blais	646 585
CHSLD de la Côte-Boisée	882 472
	1 955 651 $

NOTE 10 – OBLIGATIONS DÉCOULANT DE CONTRATS DE LOCATION-ACQUISITION

	2012	
Financement d'un serveur, contrat CA2D-7C9HF6-2, remboursable par mensualités de 957,73 $ incluant les intérêts calculés au taux de 6,66 %, échéant le 1er avril 2012.	4 162	$

NOTE 11 – ÉVENTUALITÉ

L'Agence a reçu une réclamation au montant de 128 410 $ relativement à un litige portant sur le taux de rétribution des ressources intermédiaires. Selon la direction, il est très peu probable que l'Agence ait à verser une quelconque indemnité aux ressources intermédiaires.

L'Agence a également une réclamation relativement à des mesures prises envers des paramédics et des employés des services préhospitaliers du Québec. Aucune somme n'étant réclamée, l'Agence ne prévoit ni perte ni gain dans cette affaire.

NOTE 12 – VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)

La variation des actifs financiers nets (dette nette) représente la différence entre les actifs financiers et les passifs financiers.

Les actifs financiers correspondent à tous les actifs à court et à long termes autres que les immobilisations, les stocks et les frais payés d'avance; ils représentent au 31 mars 2012 une somme de 50 487 239 $ (47 059 836 $ au 31 mars 2011).

Les actifs non financiers sont constitués des immobilisations, des stocks et des frais payés d'avance; ils s'élèvent à 3 940 787 $ au 31 mars 2012 (4 056 282 $ au 31 mars 2011).

Les passifs financiers correspondent à la somme des passifs à court et à long termes; au 31 mars 2012, ils totalisent 50 042 761 $ (47 446 787 $ au 31 mars 2011).

	2012		2011	
Variation des actifs financiers	3 427 402	$	1 645 943	$
Variation des actifs non financiers	(115 494)	$	1 995 334	$
Variation des passifs financiers	2 595 975	$	3 134 112	$
Variation des actifs financiers nets (dette nette)	831 427	$	(1 488 169)	$

Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière
Allocations des ressources financières aux établissements

		2011-2012		2010-2011	
		Budget final net	Surplus (Déficit)	Budget final net	Surplus (Déficit)
		($)	($)	($)	($)
ÉTABLISSEMENTS PUBLICS (budget net de fonctionnement)					
Centres de santé et de services sociaux					
1104-4203	CSSS du Sud de Lanaudière	229 171 164	1 883	216 512 598	(1 166 511)
1104-4435	CSSS du Nord de Lanaudière	263 907 824	907 358 (1)	252 634 205	(3 550 997)
		493 078 988	**909 241**	**469 146 803**	**(4 717 508)**
Centres de réadaptation - déficience intellectuelle et physique					
1104-2579	CR La Myriade	39 256 134	166 878	38 677 843	181 813
1841-5299	CRDP Le Bouclier	26 828 227	639 241	24 792 926	23 556
		66 084 361	**806 119**	**63 470 769**	**205 369**
Centres de réadaptation et centre de protection de l'enfance et de la jeunesse					
1104-2595	Centres jeunesse de Lanaudière	51 342 366	4 298 593 (1)	49 773 467	(1 398 266)
		51 342 366	**4 298 593**	**49 773 467**	**(1 398 266)**
TOTAL ÉTABLISSEMENTS PUBLICS		**610 505 715**	**6 013 953**	**582 391 039**	**(5 910 405)**
ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS CONVENTIONNÉS (budget net agréé)					
Centres d'hébergement et de soins de longue durée					
1104-3791	CHSLD de la Côte Boisée	9 115 250	518 647	8 715 610	225 196
1265-3192	CHSLD Heather	4 808 239	189 514	4 075 399	(134 454)
5123-0217	Centre d'hébergement Champlain Le Château	4 200 858	99 601	4 003 392	145 969
5122-3337	CHSLD Vigi Yves-Blais (Vigi Santé Ltée)	6 555 235	341 680	6 165 629	295 610
TOTAL ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS CONVENTIONNÉS		**24 679 582**	**1 149 442**	**22 960 030**	**532 321**
TOTAL DES ÉTABLISSEMENTS		**635 185 297**	**7 163 395**	**605 351 069**	**(5 378 084)**

(1) Les résultats de l'exercice incluent les montants de prise en charge du déficit cumulé au 31 mars 2008 qui sont respectivement de 2 870 897 $ pour le CSSS du Nord de Lanaudière et de 5 794 936 $ pour les Centres jeunesse de Lanaudière.

Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière
Subventions 2011-2012 récurrentes aux organismes communautaires

PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

	2011-2012 ($)	2010-2011 ($)
Mission globale		
Promotion et services à la communauté		
Alco-toxico		
Réseau comm. d'aide aux alcool. et autres toxicomanes (Le Réseau)	60 164	58 754
Unité d'information et d'action en toxicomanie (Uniatox)	61 633	60 188
	121 797	**118 942**
Prévention des toxicomanies		
Le Réseau	188 851	184 425
Uniatox	190 130	185 674
	378 981	**370 099**
Toxicomanie, support communautaire		
Le Réseau	151 094	147 553
Uniatox	159 892	156 145
	310 986	**303 698**
Dépistage et intervention précoce		
Le Réseau	87 890	85 830
Uniatox	76 376	74 586
	164 266	**160 416**
Santé publique - contraception, allaitement, périnatalité		
Les Amies de l'allaitement de la Matawinie inc.	5 494	5 365
Marraines Coup de Pouce	22 478	21 951
Nourri-Source - Lanaudière	22 479	21 952
	50 451	**49 268**
Organismes TDAH		
Association de parents PANDA Matawinie	43 569	42 548
Association de parents PANDA MRC des Moulins	43 568	42 547
PANDA de la MRC L'Assomption	43 568	42 547
	130 705	**127 642**
Déficience intellectuelle, TED, autisme, déficience physique		
Ass. des personnes handicapées physiques et sensorielles secteur Joliette	83 950	81 982
Ass. devenus sourds et malentendants - MRC L'Assomption et des Moulins	21 973	21 458
Association des pers. handicapées de St-Michel-des-Saints et St-Zénon	21 973	21 458
Association des personnes handicapées de Brandon	36 158	35 311
Association des personnes handicapées physiques Rive-Nord inc.	63 617	62 126
Association des personnes handicapées, du secteur Berthier	56 340	55 020

	2011-2012 ($)	2010-2011 ($)
Association des sourds de Lanaudière	44 380	43 340
Association Handami pour pers. handicapées et leur famille	59 534	58 138
Association sclérose en plaques de Lanaudière	43 753	42 728
Ateliers éducatifs "Les petits mousses"	85 130	83 135
Corporation Les enfants de ma rue	54 648	53 367
Corporation répit-dépannage de Lanaudière (Maison Clémentine)	135 277	132 106
Corporation répit-dépannage de Lanaudière (répit autisme)	18 556	18 121
Dysphasie Lanaudière	65 661	64 122
Entraide pour la déficience intellectuelle du Joliette métropolitain inc.	103 219	100 800
Gym-Eau Lanaudière	22 478	21 951
La Rose Bleue : Association des personnes handicapées Des Moulins	46 539	45 448
L'Arche Joliette	21 973	21 458
L'Association de parents d'enfant trisomique-21 Lanaudière	53 490	52 236
L'Association des personnes handicapées Matawinie APHM inc.	98 200	95 898
Les Amis de la déficience intellectuelle, Rive-Nord	108 885	106 333
Les Maisons d'à côté Lanaudière	528 109	515 731
Les Répits de Gaby (camps)	322 279	314 726
Parrainage civique Lanaudière	75 595	73 823
Service régional d'interprétariat de Lanaudière	117 877	115 114
Société de l'autisme région de Lanaudière	78 632	76 789
	2 368 226	**2 312 719**
Centres d'action bénévole		
Centre communautaire bénévole Matawinie	52 392	51 164
Centre d'action bénévole d'Autray	36 628	35 770
Centre d'action bénévole Des Moulins	52 924	51 684
Centre d'action bénévole Émilie-Gamelin	52 167	50 944
Centre de bénévolat de Brandon	37 429	36 552
Regroupement bénévole de Montcalm	53 044	51 801
Service bénévole comté L'Assomption	52 597	51 364
	337 181	**329 279**
Perte d'autonomie liée au vieillissement - Personnes âgées		
Centre communautaire bénévole Matawinie	21 217	20 720
Centre d'action bénévole d'Autray	14 596	14 254
Centre d'action bénévole Émilie-Gamelin	22 060	21 543
Centre de bénévolat de Brandon	11 278	11 014
Groupe d'entraide et d'amitié de Ste-Julienne	39 763	38 831
La Maison des aînés de Chertsey	22 478	21 951
La Société Alzheimer Lanaudière	147 309	143 856
Le Réseau des aidants naturels d'Autray	19 374	18 920
Les Amis de Lamater	84 047	82 077
Les Amis des aînés de Lanaudière inc.	21 973	21 458
Maison Mémoire du cœur	32 251	31 495
Regroupement bénévole de Montcalm	25 954	25 346
Regroupement des aidants naturels du comté de L'Assomption	21 973	21 458
Service bénévole comté L'Assomption	25 954	25 346
Services amitié L'Assomption	49 313	48 157
Support aux aînés anglophones de Lanaudière	22 478	21 951
	582 018	**568 377**

	2011-2012 ($)	2010-2011 ($)
Santé physique		
Albatros (14) Lanaudière inc.	22 479	21 952
Association régionale de la fibromyalgie de Lanaudière	22 478	21 951
Cancer-Aide Lanaudière	21 973	21 458
L'Association un cœur pour tous Lanaudière inc.	22 478	21 951
Santé à cœur d'Autray Matawinie	22 478	21 951
	111 886	**109 263**
Santé publique - personnes démunies		
Au coin du dépannage inc.	22 478	21 951
Aux trouvailles de Mandeville	36 355	35 503
Carrefour Émilie de Lanoraie inc.	22 477	21 950
Collatines de L'Épiphanie	5 494	5 365
Cuisines collectives la joyeuse marmite	19 977	21 951
Fin à la faim...	22 477	21 950
Groupe d'entraide en toute amitié	32 635	31 870
Groupe des montagnards de Chertsey inc.	22 986	22 447
Groupe populaire d'entraide de Lavaltrie inc.	36 645	35 786
Groupe populaire d'Entrelacs	23 178	22 635
La Clef familiale St-Barthélémy	10 986	10 729
La Manne quotidienne	33 824	33 031
La Ruche St-Damien	22 477	21 950
La Soupière Joliette-Lanaudière	23 157	22 614
Le Comptoir alimentaire de la Haute Matawinie	22 477	21 950
Les Ailes de l'espoir de St-Calixte	22 477	21 950
Les Cuisines collectives de Matha	28 553	27 884
Maison populaire de Joliette	22 478	21 951
Moisson Lanaudière	45 941	44 864
Solidarité sociale de Rawdon	53 887	52 624
Source de vie de St-Gabriel inc.	22 477	21 950
Unité point de départ inc.	38 076	37 184
	591 512	**580 089**
Hébergement clientèle en difficulté		
Hébergement d'urgence Lanaudière	212 014	207 045
	212 014	**207 045**
Orientation et identité sexuelles		
Le Néo - Association de jeunes allosexuels de Lanaudière	21 973	21 458
	21 973	**21 458**
Services aux femmes et conjoints en difficulté		
Hébergement femmes violentées/difficulté		
Maison d'accueil La Traverse	718 444	701 605
Regard en elle	745 282	727 814
Regroup'elles inc.	399 240	685 527
	1 862 966	**2 114 946**

	2011-2012 ($)	2010-2011 ($)
Centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (C.A.L.A.C.S.)		
C.A.L.A.C.S. Coup de cœur	245 399	239 647
C.A.L.A.C.S. La Chrysalide	223 004	217 777
	468 403	**457 424**
Centres de femmes		
Avec des elles inc.	180 569	176 337
Centre Arc-en-ci-elle inc.	180 566	176 334
Centre au coeur des femmes inc.	180 834	176 596
Centre de F.A.M. des Moulins	180 566	176 334
Centre de femmes Marie-Dupuis	180 565	176 333
Centre de femmes Montcalm	180 567	176 335
Inter-femmes inc.	180 567	176 335
	1 264 234	**1 234 604**
Autres ressources pour femmes		
Maison Pauline Bonin	44 957	43 903
	44 957	**43 903**
Hommes en difficulté		
Centre d'aide pour hommes de Lanaudière CAHo	253 670	247 725
Parents-unis Repentigny (Lanaudière)	181 761	177 501
	435 431	**425 226**
Services à la jeunesse		
Organismes de justice alternative		
L'Avenue, justice alternative	315 388	307 996
REPARS	301 440	294 375
	616 828	**602 371**
Hébergement communautaire jeunesse		
Centre le diapason	340 755	332 769
La Chaumière jeunesse de Rawdon	334 915	327 065
Maison d'hébergement Accueil jeunesse Lanaudière inc.	340 761	332 774
Maison d'hébergement jeunesse Roland-Gauvreau	365 290	356 729
	1 381 721	**1 349 337**
Autres ressources jeunesse		
A.J.I.R. organisme jeunesse	77 929	76 103
Association pour les jeunes de la rue de Joliette	128 376	125 367
Enfance libre Lanaudière	123 124	120 238
Les Grands frères, grandes sœurs de Lanaudière	22 773	22 239
Travail de rue Lavaltrie	87 645	85 591
Travail de rue Repentigny	125 971	123 019
	565 818	**552 557**

	2011-2012 ($)	2010-2011 ($)
Maisons de jeunes		
Club jeunesse de Lanoraie	44 204	43 168
La Maison des jeunes de L'Assomption	89 659	87 558
La Maison des jeunes de St-Félix-de-Valois	38 304	37 406
La Maison des jeunes de St-Sulpice	32 599	31 835
La Maison des jeunes, Café-rencontre 12-17 du Grand Joliette	94 387	92 175
Lachenaie action jeunesse	70 712	69 055
Le Relais jeunesse de Lavaltrie	60 082	58 674
Maison des Jeunes "Le Gros Orteil"	61 145	59 712
Maison des jeunes "Sens unique" secteur Brandon	77 771	75 948
Maison des jeunes « Les Mayais »	32 599	31 835
Maison des jeunes D.O. Ados	44 204	43 168
Maison des jeunes de Crabtree	50 725	49 536
Maison des jeunes de L'Épiphanie	32 599	31 835
Maison des jeunes de Mascouche	72 300	70 605
Maison des jeunes de Rawdon	43 882	21 428
Maison des jeunes de Repentigny inc.	140 600	137 305
Maison des jeunes de St-Donat	44 302	43 264
Maison des jeunes de Ste-Julienne	69 499	67 870
Maison des jeunes de Ste-Marcelline	32 599	31 835
Maison des jeunes de St-Esprit de Montcalm	32 599	31 835
Maison des jeunes du Nord	44 302	43 264
Maison des jeunes La Piaule de Joliette	50 726	49 537
Maison des jeunes La Relève Saint-Calixte	21 973	21 458
Maison des jeunes Laurentides/St-Lin	44 204	43 168
Maison des jeunes: Place jeunesse Berthier	89 123	87 034
Maisons des jeunes de Terrebonne	93 038	90 857
	1 508 137	**1 451 365**

Services de maintien à domicile

CAB - Perte d'autonomie liée au vieillissement		
Centre communautaire bénévole Matawinie	333 192	325 383
Centre d'action bénévole d'Autray inc.	275 147	268 698
Centre d'action bénévole Des Moulins	239 311	233 702
Centre d'action bénévole Émilie-Gamelin	320 797	313 278
Centre de bénévolat de Brandon	33 852	33 059
Regroupement bénévole de Montcalm	256 646	250 631
Service bénévole comté L'Assomption	276 119	269 647
	1 735 064	**1 694 398**
Déficience physique		
Association des personnes handicapées de Brandon	12 341	12 052
Association des personnes handicapées physiques Rive-Nord inc.	22 155	21 636
Association des personnes handicapées, du secteur Berthier	9 370	9 150
L'Association des personnes handicapées Matawinie APHM inc.	43 730	42 705
	87 596	**85 543**
Perte d'autonomie liée au vieillissement		
La Société Alzheimer de Lanaudière	24 409	23 837
Le Réseau des aidants naturels d'Autray	2 599	2 538
Popote roulante La Plaine	33 489	32 704
	60 497	**59 079**

	2011-2012 ($)	2010-2011 ($)
Santé mentale		
Centre d'entraide en santé mentale "Le Croissant de lune"	77 885	76 060
Groupe d'entraide en santé mentale "L'Envol"	78 056	76 227
La Bonne étoile Joliette inc.	127 047	124 069
La Lueur du phare	322 150	314 600
La Maison l'intersection	22 478	21 951
La Rescousse amicale	123 948	121 043
La Rescousse Montcalm	107 135	104 624
Le Centre de prévention du suicide de Lanaudière	495 918	484 295
Le Tournesol de la Rive-Nord inc.	142 841	139 493
Le Vaisseau d'or (Des Moulins)	136 554	133 354
MI-ZÉ-VIE inc.	77 885	76 060
Propulsion Lanaudière	79 268	77 410
Regroup. org. comm. et altern. en santé mentale de Lanaudière	8 832	8 625
	1 799 997	**1 757 811**
Santé mentale (hébergement)		
Habitat jeunesse, Mascouche (volet hébergement)	193 522	188 986
Habitat jeunesse, Mascouche (volet socio-résidentiel)	52 277	51 052
Le Vaisseau d'or (Des Moulins) (volet hébergement)	300 755	293 706
Les Services de crise de Lanaudière	435 254	425 053
Propulsion Lanaudière (volet socio-résidentiel)	164 962	161 096
	1 146 770	**1 119 893**
SIDA		
Maison Ste-Famille Tom Dee	150 742	196 790
	150 742	**196 790**
Consultation et concertation régionale		
Table régionale des org. comm. de Lanaudière (TROCL)	181 947	177 683
	181 947	**177 683**
Total - Mission globale	**18 693 104**	**18 581 225**
Ententes spécifiques		
Déficience intellectuelle, TED, autisme, déficience physique		
Ass. pers. hand., du secteur Berthier (Pour souffler à tête reposée)	34 731	33 917
Association des personnes handicapées physiques Rive-Nord inc.	36 888	36 023
Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs Montréal	4 237	4 138
Corp. répit-dépannage de Lanaudière (Maison Clémentine)	24 361	23 791
La Rose bleue : association des personnes handicapées Des Moulins	10 592	10 344
La Société de l'autisme région de Lanaudière (formation autisme)	5 660	5 527
Les Amandiers	57 027	55 690
	173 496	**169 430**

	2011-2012 ($)	2010-2011 ($)
Transport clientèles vulnérables		
Centre communautaire bénévole Matawinie	19 411	18 956
Centre d'action bénévole d'Autray	8 005	7 817
Centre d'action bénévole Des Moulins	11 097	10 837
Centre d'action bénévole Émilie-Gamelin	9 396	9 176
Centre de bénévolat de Brandon	5 174	5 053
Regroupement bénévole de Montcalm	14 889	14 540
Service bénévole comté L'Assomption	14 610	14 268
	82 582	**80 647**
Autres ressources en santé mentale		
Les Services de crise de Lanaudière	439 456	429 156
Pleins droits de Lanaudière inc.	108 229	105 692
	547 685	**534 848**
Santé mentale		
Transport santé mentale		
Centre d'action bénévole d'Autray	8 028	7 840
Centre d'action bénévole Des Moulins	1 998	1 951
Centre d'action bénévole Émilie-Gamelin	5 383	5 257
Centre de bénévolat de Brandon	3 130	3 057
La Rescousse amicale	17 860	17 441
La Rescousse Montcalm	10 609	10 360
MI-ZE-VIE	3 401	3 321
Service bénévole comté L'Assomption	9 444	9 223
	59 853	**58 450**
Formation MAD		
Budget de formation	15 263	14 905
	15 263	**14 905**
Autres ressources pour hommes		
Parents-Unis Repentigny (Lanaudière)	**27 136**	**26 500**
	27 136	**26 500**
Adaptation des services destinés à la clientèle masculine		
Le Néo - Association de jeunes allosexuels de Lanaudière	**35 840**	**35 000**
	35 840	**35 000**
Total - Ententes spécifiques	**941 855**	**919 780**

Autres programmes - Ententes spécifiques

Santé publique - Programme de prévention des traumatismes
(Programme récurrent - alloué non récurrent)

Action famille Lanoraie inc.	3 141	3 067
Action famille Lavaltrie inc.	3 141	3 067
Association carrefour famille Montcalm	3 143	3 069
Ateliers éducatifs " Les petits mousses "	3 141	3 067

	2011-2012 ($)	2010-2011 ($)
Cible famille Brandon	3 141	3 067
Défi-famille Matawinie	3 141	3 067
La Joujouthèque Farfouille	3 141	3 067
La Maison de la famille aux Quatre-Vents (Berthier)	3 141	3 067
La Maison de la famille La Parenthèse	3 142	3 068
Le Carrefour familial Des Moulins	3 142	3 068
Maison de parents de la Matawinie Ouest	3 141	3 067
Maison Parent-Aise	3 141	3 067
Mouvement organisé des mères solidaires (MOMS)	3 141	3 067
Parenfants de Mascouche	3 141	3 067
	43 978	**42 942**
Santé publique - Programme de sécurité alimentaire		
Aux trouvailles de Mandeville	3 329	3 251
Cuisines collectives la joyeuse marmite	18 534	18 100
Groupe d'entraide en toute amitié	3 619	3 534
Groupe des montagnards de Chertsey inc.	4 479	4 374
Groupe populaire d'Entrelacs	4 286	4 186
La Manne quotidienne	2 286	2 233
La Ruche St-Damien	4 987	4 871
La Soupière Joliette-Lanaudière	4 309	4 208
Le Comptoir alimentaire de la Haute-Matawinie	4 988	4 872
Les Cuisines collectives de Matha	12 459	12 167
Moisson Lanaudière	3 496	3 415
Solidarité sociale de Rawdon	3 241	3 165
Source de vie de St-Gabriel inc.	4 987	4 871
	75 000	**73 247**
Déficience - physique (TCC sans agents payeurs)		
Ass. des personnes handicapées physiques et sensorielles secteur Joliette	22 477	21 951
	22 477	**21 951**
Total - Autres programmes - Ententes spécifiques	**141 455**	**138 140**
Grand Total - Ententes spécifiques	**1 083 310**	**1 057 920**
GRAND TOTAL	**19 776 414**	**19 639 145**

ANNEXE 4

Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière
Autorisations d'emprunt accordées en vertu de la Loi

Exercice 2011-2012

Type	Catégorie	Nombre 2011-2012	Autorisations d'emprunt en vigueur au 31 mars 2012	Montant réel des emprunts au 31 mars 2012	% en fonction du budget des établissements (1)
Immobilisations	Autofinancé/Réparations rénovations	1	581 589	581 589	0,084%
	Autofinancé/Économie d'énergie (3)	2	9 308 119	462 549	1,350%
Total immobilisations (2)			**9 889 708 $**	**1 044 138 $**	1,434%
Fonctionnement	Équilibre budgétaire	3	74 900 000	69 306 258	10,859%
	Tierce responsonsabilité	1	381 000	0	0,055%
	Ajustement régional	1	9 600 000	0	1,392%
Total fonctionnement			**84 881 000 $**	**69 306 258 $**	12,306%
Grand total			**94 770 708 $**	**70 350 396 $**	13,740%

(1) Le budget brut (incluant les produits sanguins et les activités accessoires) de l'ensemble des établissements de la région au 31 mars 2012 était de : **689 743 423 $**

(2) Le plafond autorisé pour les emprunts contractés pour les dépenses d'immobilisations de la région de Lanaudière est de 3 090 000 $. Ce plafond ne concerne pas les projets d'économie d'énergie et tout dépassement de ce montant a été préalablement autorisé par le MSSS.

(3) Dans le cadre de la phase II du "Programme ministériel de soutien à l'efficacité énergétique", le MSSS a autorisé au CSSS du Nord de Lanaudière un montant de 8 845 570 $. Cet emprunt autofinancé - catégorie économie d'énergie - a été accordé pour leur projet d'efficacité énergétique en mode ESE.

ANNEXE 5

Les ressources humaines de l'Agence

	Exercice en cours	Exercice antérieur
Note 1 :		
Effectifs de l'Agence :		
Les cadres : (en date du 31 mars)		
Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	20	23
Temps partiel Nombre de personnes : Équivalents temps complet (a) (excluant les persnones en stabilité d'emploi)	1,6	1,6
Nombre de cadres en stabilité d'emploi	0	1
Les employés réguliers (en date du 31 mars)		
Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	137	129
Temps partiel Nombre de personnes : Équivalents temps complet (a) (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	4,5	5,9
Nombre d'employés en sécurité d'emploi	0	0
Les occasionnels		
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	23 912	25 825
Équivalents temps complet (b)	13,14	14,19
Les embauches	24	45
Les départs	18	12

(a) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les cadres et les employés réguliers :
Nombre d'heures de travail selon le contrat de travail
divisé par :
Nombre d'heures de travail d'un employé à temps complet du même corps d'emploi

(b) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les occasionnels :
Nombre d'heures rémunérées
divisé par :
1820 heures

ANNEXE 6

Agence de la santé
et des services sociaux
de Lanaudière
Québec

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
DE LANAUDIÈRE

REDDITION DE COMPTES

2011-2012

Le 30 mai 2012

DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE BILAN DE SUIVI DE GESTION DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

Les informations contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité à la treizième période financière relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le bilan et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du bilan de suivi de gestion à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2011-2012 de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière (nom de l'agence) :

- présentent les indicateurs, les cibles et les résultats obtenus;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données et l'information contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2011-2012.

Signé à Joliette le 30 mai 2012

Lucie Leduc
Présidente-directrice générale
Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe :	***Pour la reddition de comptes « Mesures d'optimisation »***

Objectifs de résultats 2010-2015	

SUJET	***ACTIONS RÉGIONALES***	***ÉTAT D'AVANCEMENT AU 31 MARS 2012***
La téléphonie IP	Démarche dossier d'affaires en collaboration avec le MSSS	En attente des orientations ministérielles
La téléphonie cellulaire	Région participante de l'appel d'offres de l'Estrie	Changement de contrat pour 80 % des établissements publics
La visioconférence	Inventaire complété	En attente du MSSS
Le courrier électronique	Consolidation serveurs Lotus Participation RFI	En attente de sélection de la solution nationale
La gestion du parc des postes de travail	Dépôt du plan d'optimisation au MSSS	Pilotage du BVI dans l'un des établissements
Le regroupement des centres de traitement de données	Élaboration du dossier d'affaires CTI 3L	En processus d'approbation
Les services Info-Santé 811	Selon les travaux nationaux	Coût par appel inférieur à la moyenne provinciale
L'énergie	Un (1) projet au CSSSNL	Travaux complétés à 84 %
L'approvisionnement en commun	L'Agence et les 2 CSSS ont participé aux rencontres du regroupement	Réorganisation de 3 corporations d'approvisionnement pour le Nord-Ouest du Québec
La clientèle soutien à domicile (PALV/DP/DI/TED)	Élaboration de plans d'action et mise en place d'un comité régional de suivi	La cible d'augmentation des heures atteinte à 99,5 %
La réduction de la main-d'œuvre indépendante :	• Actualisation de l'appel d'offres en main-d'œuvre indépendante • Soutien du MSSS et de l'Agence	En processus
La réduction du temps supplémentaire :	Voir « Réduction de la main-d'œuvre indépendante »	En processus
La gestion de la présence au travail :	• Formation aux gestionnaires sur la détresse psychologique • Renouvellement de l'appel d'offres pour le programme d'aide aux employés et à leur famille	Terminé
La rationalisation et la mise en commun de processus administratifs	Deux (2) processus en révision : • Approvisionnement • Paie – rémunération du personnel	Dépôt par les firmes des recommandations de la révision des processus dans les établissements publics et l'Agence

Commentaires

Axe :	Attentes spécifiques
La réduction de la main-d'œuvre indépendante : Afin d'atteindre les objectifs de réduction du recours à la main-d'œuvre indépendante et du temps supplémentaire ainsi que les objectifs visés par la lettre d'entente FIQ, le MSSS et l'Agence de Lanaudière ont ciblé les deux CSSS de la région pour le développement d'une stratégie globale d'optimisation et de réorganisation du travail. Le processus étant amorcé, l'Agence et le MSSS soutiendront et accompagneront les deux CSSS dans l'identification d'actions à mettre de l'avant à court terme et ayant des retombées significatives dans leur implantation et leur évaluation.	
Nom : Gynette Caillé	**Date** : 18 mai 2012

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe :	***Favoriser la mise en commun intrarégionale et interrégionale des expertises***

Priorité régionale	Regroupement des technocentres

Indicateurs	*Réalisée*	*Non réalisée*
Dépôt à la DGTI du MSSS d'un plan de mise en œuvre concernant le regroupement des technocentres, le soutien aux utilisateurs et la gestion des ressources informationnelles.	100 % (acheminé à la DGTI le 14 juin 2011)	
Mise en place d'une équipe d'architecture technologique suprarégionale	90 % (complété pour Lanaudière en octobre 2011)	Plan de transition en cours pour ajout d'une ressource Laval-Laurentides
Mise en place d'un centre de services suprarégional (guichet unique)	5 % (transfert des employés TCR Laval-Laurentides le 1er avril 2012)	Élaboration des ententes de niveaux de services Finalisation de la mise en place des équipes 1re et 2e lignes Optimisation des processus de services TI (réf. : ITIL)
Mise en place d'un centre de consolidation des infrastructures technologiques	10 % (dossier d'affaires complété)	Approbation du dossier d'affaires et mise en œuvre du projet

Commentaires

La mise en place du Centre de services suprarégional ainsi que celle du centre de consolidation des infrastructures technologiques sont des projets de grande envergure s'étalant sur plusieurs années. Ils nécessitent, entre autres, la mise en place d'une gouvernance intégrée et d'un cadre de gestion des ressources informationnelles.

Il s'agit d'un grand projet de transformation majeure dont les principaux enjeux sont humains. En ce sens, ces différents chantiers nécessitent une gestion du changement importante et constante auprès des personnes touchées.

Nom : Daniel Sirois	**Date** : 22 mai 2012

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe :	***Exemple pour la reddition de comptes d'un suivi qui ne contient pas d'indicateur comme pour « l'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES »***

Objectifs de résultats 2010-2015	

SUJET	*ACTIONS RÉGIONALES*	*ÉTAT D'AVANCEMENT AU 31 MARS 2012*
L'inscription aux guichets d'accès pour la clientèle sans médecin de famille **Ginette Ayotte**	Mise en place de la nouvelle lettre d'entente 245 pour la prise en charge de la clientèle sans médecin de famille	➢ Base de données à jour à 100 % ➢ Application de la lettre d'entente du MSSS ➢ Inscription en GMF : 165 886 ➢ Inscription générale : 94 956, pour un total de 260 842 ➢ Pourcentage de la population inscrite : 53,9 %
Accès aux services spécialisés de chirurgie **Rosalie Ménard**	Mise en place d'une zone franche entre les deux CSSS	**CSSSNL :** Ajout d'une priorité opératoire (1 jour/sem.) à compter de l'automne 2012. **CSSSSL :** Dans le cadre d'une entente Zone Franche, le CSSSSL a reçu 143 personnes du CSSSNL pour une chirurgie d'un jour, entre le 1er avril 2011 et le 31 mars 2012
Accès aux services d'endoscopie **Rosalie Ménard**	**CSSSNL :** Revue de processus complétée Salle en opération au 31 mars 2012 **CSSSSL :** Une démarche d'accompagnement avec le MSSS en réingénierie des processus en endoscopie est amorcée : Fiche de projet en cours d'élaboration et nomination du chargé de projet.	**CSSSNL :** Dépôt du rapport final du MSSS avec identification des pistes d'amélioration possibles (juillet 2011) **CSSSSL :** En 2011-2012 : 41,7 % de la clientèle élective a passé son examen en moins de 90 jours (délais d'attente entre la réception de la demande d'examen endoscopique et la date d'examen réelle).
Accès aux services d'imagerie **Rosalie Ménard**	Proposition de l'Agence aux deux CSSS de procéder à une révision de processus avec accompagnement par le MSSS.	**CSSSNL :** Revue de processus avec accompagnement du MSSS reportée à une date ultérieure pour différents motifs, dont la perte d'effectifs médicaux en cours d'année. Action locale d'amélioration CSSSSL : Épuration périodique en lien avec la reddition de comptes GESTRED; Projet LEAN en cours : - Impact sur la gestion des listes d'attente.

		- Programmation standardisée. - Guichet unique pour la clientèle hospitalisée et externe; Mise en place d'un Guichet unique pour la clientèle de l'urgence; Cible de 14 examens/jour atteinte en échographie; Cible de 12 000 examens/appareil dépassée en scan; Heure d'ouverture étendue pour les mammographies; Augmentation de l'accès de 15 % en IRM, en soirée.
Accès au continuum de services AVC **Lucie Nadeau**	Début des travaux et échanges avec les 2 CSSS et les partenaires régionaux	Mise en place d'un comité régional
Accès au continuum de services de cardiologie **Maryse Tremblay**	Implantation du continuum de soins pour l'IAMEST	Mise en place d'un comité régional Formation sur l'orientation primaire pour les cas AIMEST
Accès au continuum de services pour la douleur chronique **Maryse Tremblay**	Début des travaux et échanges d'informations avec les CSSS	Les CSSS de la région ont pris connaissance du formulaire de référence vers un centre tertiaire et pour les services de première ligne pour traitement de la douleur chronique. Un CSSS offre des services en anesthésiologie : traitement de la douleur chronique.
Laboratoires **Rosalie Ménard**	Amorcer les travaux de la mise en place d'un guichet régional	Acceptation de ces travaux par les deux CSSS
Traumatologie **Jérôme Simard**	Présentation du plan directeur de Traumatologie aux deux CSSS Élaboration d'un protocole d'entente concernant la clientèle des grands brûlés pour la prise en charge par le centre d'expertise de la région de Montréal Début des travaux pour opérationnaliser le plan d'action (TCC) modéré et grave, enfant et adulte 2012-2015.	 Propositions de modifications faites et acheminées à l'Agence de Montréal. Des échanges et discussions sont en cours avec les différents partenaires.
L'accès aux services de santé mentale à la population **Céline Carrier**	Accompagnement du CSSSNL pour la révision des processus en SMA en regard des balises du PASM Poursuivre les travaux proposés par le PASM au CSSSSL	**<u>CSSSNL :</u>** 60 % des processus a été analysé au 31 mars 2012 et l'actualisation est en cours pour une finalité prévue en 2012-2013. **<u>CSSSSL :</u>** <u>Clientèle jeunesse</u> : Ouverture d'un guichet d'accès en santé mentale jeunesse; Dix (10), ETC sont octroyés à l'équipe de 1re ligne.

		Clientèle adulte : Augmentation de 8 % du nombre de consultations en psychiatrie à l'urgence (2 070 en 2011-12 versus 1 916 en 2010-11). Augmentation de 55 % de l'accessibilité en 1re ligne (1 979 usagers en 2011-12 versus 1 271 usagers en 2010-11). En 2e ligne : 3 774 personnes ont eu accès. Programme de soins partagés : 205 patients ont reçu une évaluation psychiatrique qui a guidé l'omnipraticien.
L'accès aux services de psychiatrie légale **Céline Carrier**	Procéder au suivi (monitorage) des cas de psychiatrie légale dans les CSSS de notre territoire.	**CSSSNL :** L'état de situation démontre une augmentation des suivis pour les cas de tribunaux administratifs (augmentation significative en 11-12 par rapport à 10-11). **CSSSSL :** Augmentation de 64% des gardes en établissement (préventives, provisoires) cette année par rapport au nombre de l'année passée (483 en 2011-12 versus 294 en 2010-11)

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe :	*Santé publique*

Objectifs de résultats	**Améliorer l'accès aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant dans un contexte de vulnérabilité.**

Indicateurs	*Résultat 2010-2011*[1]	*Cible 2011-2012*[2]	*Résultat 2011-2012*[3]
1.01.12 Pourcentage des femmes ayant accouché dans l'année de référence et ayant été suivies dans les SIPPE	62,7	69,5	78,8

Commentaires

Résultats visés vs résultats obtenus

Tableau 1 : Proportion de la clientèle totale rejointe dans les SIPPE (N et %)

	SIPPE						
	Résultats visés			Résultats obtenus			
	Cible	Potentiel[4]	%	Résultat	Potentiel[4]	%	Atteinte des résultats?
CSSS du Nord	201	279	72,0	235	279	84,2	oui
CSSS du Sud	150	226	66,4	163	226	72,1	oui
Lanaudière	**351**	**505**	**69,5**	**398**	**505**	**78,8**	**oui**

Nom : Marie-Andrée Bossé, révisé par Ginette Lampron	**Date** : 15 mai 2012

1 Résultat en date du 16 mai 2011 (T-BIG Web).

2 Fixée avec les CSSS lors de la signature de l'Entente de gestion, la cible indiquée ici (69,5 %) ne correspond pas à celle indiquée dans T-BIG Web (engagement 2011-2012 : 76,3 %). Puisque le dénominateur (nombre de femmes admissibles potentielles) diffère d'une année financière à l'autre, les résultats visés ou obtenus des années antérieures ne peuvent être utilisés comme seuil de référence pour l'identification de la cible annuelle.

3 Résultat en date du 6 mai 2012 (T-BIG Web).

4 Le potentiel de femmes admissibles (dénominateur) correspond aux projections de naissances pour l'année 2011-2012 (nombre de femmes de moins de 20 ans + nombre de femmes de 20 ans et plus ayant moins de 11 ans de scolarité qui accoucheront dans l'année 2011-2012, par territoire de RLS et pour la région. Ces données sont fournies par le MSSS et sont issues du document : Thibodeau, K., Elfassihi, L. et M. Mesfioui (2010). *Analyse des séries chronologiques : application aux populations visées par les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE). Projections de population 2009-2010 à 2013-2014*. Direction de la surveillance de l'état de santé, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, en collaboration avec le Département de mathématiques et d'informatique, UQAR.

Fiche de reddition de comptes 2011-2012	
Axe :	*Santé publique*
Objectifs de résultats	**Augmenter la proportion des enfants qui reçoivent leurs vaccins dans les délais requis.**

Indicateurs	*Résultats* 2010-2011*	*Cibles 2011-2012*	*Résultats** 2011-2012*
1.01.14 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccins contre le DCaT-Polio-Hib dans les délais	s. o.	85 %	92,8 %
1.01.15 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccins contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais	s. o.	85 %	79,7 %
1.01.16.01 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccins contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO) dans les délais	s. o.	85 %	78,0 %

Commentaires

- Pour le vaccin contre le DCaT-Polio-Hib prévu à l'âge de 2 mois, la cible a été atteinte , et ce, autant pour Lanaudière que pour les deux CSSS.
- Pour les deux autres vaccins, administrés à l'âge de 12 mois, les cibles n'ont pas été atteintes, ni au plan régional, ni pour aucun des deux CSSS. Mentionnons toutefois que :
  - pour le CSSSNL : il participe actuellement à un projet de recherche (CSSS- DSP-INSPQ) qui évalue l'offre de service en vaccination sur son territoire. À la lumière des résultats, des recommandations permettront également d'améliorer les délais vaccinaux.
  - pour le CSSSSL : les résultats obtenus approchent de la cible fixée. Des rencontres DSP-CSSSSL ont toujours lieu afin de s'assurer de l'amélioration des délais.

	Résultats 2011-2012 (%)			
	CSSSNL	CSSSSL	Lanaudière	Cibles 2011-2012 (%)
1.01.14 DCaT-Polio-Hib	87,4	96,3	92,8	85,0
1.01.15 Méningocoque gr. C	74,0	83,6	79,7	85,0
1.01.16.01 RRO	71,4	82,5	78,0	85,0

Nom : Joane Désilets	**Date** : 15 mai 2012

* Indicateurs non suivis dans l'entente 2010-2011.

** Résultats en date du 6 mai 2012 (T-BIG Web).

Fiche de reddition de comptes 2011-2012	
Axe d'intervention :	***Prévention dans les continuums de services***

Objectifs de résultats	1.1.1 Assurer la mise en œuvre des activités de promotion, de prévention et de protection prévues dans le Programme national de santé publique (PNSP)
	1.1.2 Soutenir l'intégration de la prévention dans les services cliniques de première ligne, en donnant la priorité aux problèmes suivants : ▪ infections transmissibles sexuellement et par le sang ▪ habitudes de vie et maladies chroniques ▪ chutes chez les personnes âgées ▪ suicide

Indicateurs	*Résultats* 2010-2011*	*Cibles 2011-2012*	*Résultats** 2011-2012*
1.01.20 Pourcentage moyen d'implantation des activités du Programme national de santé publique (PNSP)	87,6 %	85 %	s. v.
1.01.21 Pourcentage des pratiques cliniques préventives prioritaires qui ont fait l'objet d'activités de soutien	s. o.	85 %	s. v.

Commentaires

Reddition de comptes bisannuelle (pas prévue en 2011-2012).

Nom :	**Date** :

* Résultats en date du 31 mai 2011.

** Résultats sans valeur (s. v.)

Fiche de reddition de comptes 2011-2012	
Axe d'intervention :	***Services médicaux et infirmiers***

Objectifs de résultats	2.1.2 Favoriser la pratique de groupe, polyvalente et interdisciplinaire de la médecine de famille par la mise en place de groupes de médecine de famille (GMF) (ou modèles équivalents)
	2.1.3 Accroître la disponibilité d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en soins de première ligne

Indicateurs	*Résultats* 2010-2011*	*Cibles 2011-2012*	*Résultats** 2011-2012*
1.09.25 Nombre total de Groupes de médecine de famille (GMF) implantés	s. o.	13	13
3.07 Nombre d'infirmières spécialisées (IPS) en soins de première ligne titularisées et offrant des services de première ligne	s. o.	10	9

Commentaires

1.09.25
Résultat fourni par la Direction régionale des affaires médicales et universitaires (DRAMU).

3.07

Nom :	**Date** :

* Résultats sans objet (s. o.)
** Résultats en date du 18 mai 2012 (T-BIG Web).

Fiche de reddition de comptes 2011-2012	
Axe d'intervention :	*Services psychosociaux*

Objectifs de résultats	2.1.4 Offrir un accès téléphonique rapide à une consultation en matière de services psychosociaux (information, intervention, référence-orientation, avis professionnels et conseils) par des professionnels en intervention psychosociale des CSSS, 24 heures par jour, 7 jours par semaine

Indicateurs	*Résultats* 2010-2011*	*Cibles 2011-2012*	*Résultats** 2011-2012*
1.02.05 Pourcentage des régions sociosanitaires ayant mis en place un service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux	s. o.	s. v.	s. o.
1.02.04 Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de quatre (4) minutes ou moins	s. o.	s. v.	79,7 %

Commentaires

1.02.04
Aucun engagement à cet égard à l'entente 2011-2012.
Résultat 78,2 % en 2010-2011 (pas inscrit au rapport annuel).

Nom : Renée Desjardins	**Date** : 18 mai 2012

* Résultats sans objet (s. o.)
** Résultats en date du 6 mai 2012 (T-BIG Web).

Fiche de reddition de comptes 2011-2012	
Axe d'intervention :	***Personnes atteintes de maladies chroniques ou de cancer***

Objectifs de résultats	2.2.1 Favoriser l'autogestion et la réadaptation des personnes atteintes de maladies chroniques dans un continuum de soins
	2.2.2 Améliorer la coordination des soins et des services en oncologie pour les personnes ayant reçu un diagnostic de cancer et pour leurs proches

Indicateurs	*Résultats* 2010-2011*	*Cibles 2011-2012*	*Résultats** 2011-2012*
1.09.39 Pourcentage des territoires locaux où est implanté un programme d'autogestion et de réadaptation	s. o.	100 %	s. v.
1.09.40 Pourcentage de personnes référées à une infirmière pivot en oncologie (IPO) dans un délai de 2 jours ou moins suivant l'annonce du diagnostic	s. o.	1000 pers. [1]	s. v.

Commentaires

[1] Dans le document Planification stratégique 2010-2015 de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, la cible est de 70 % des personnes d'ici 2015; l'engagement 2011-2012 aurait dû être pris en ces termes.

1.09.39
Au cours de la dernière année, les CSSS ont amorcé l'implantation du modèle de l'Université de Stafford en Californie. Ce programme est parrainé par l'université McGill et sous sa chefferie. En 2011-2012, il y a eu nomination des coordonnatrices locales, le recrutement et la formation des animateurs. Les séances à la population débuteront en mai 2012.

Nom : Maryse Tremblay	**Date** : 24 mai 2012

* Résultats sans objet (s. o.)
** Résultats sans valeur (s. v.)

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe d'intervention :	***Jeunes en difficulté, personnes atteintes de problèmes de santé mentale et personnes aux prises avec une dépendance***

Objectifs de résultats	2.2.3 Intervenir de façon concertée afin de réduire les difficultés vécues par les jeunes et les familles, dont les problèmes de négligence et les troubles de comportement, selon les orientations relatives aux jeunes en difficulté
	2.2.4 Favoriser la continuité des soins et la stabilité des liens pour les enfants placés en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse
	2.2.5 Assurer aux personnes qui le requièrent des services de santé mentale de première ligne par une équipe multidisciplinaire
	2.2.6 Assurer l'accès aux services d'intégration dans la communauté, pour les adultes ayant des troubles mentaux graves
	2.2.7 Faciliter l'accès aux personnes à risque d'abus ou de dépendance à des services de première ligne offerts en toxicomanie et en jeu pathologique

Indicateurs	***Résultats* 2010-2011***	***Cibles 2011-2012***	***Résultats** 2011-2012***
1.06.10 Pourcentage de territoires locaux où un programme d'intervention en négligence reconnu efficace est offert	s. o.	(1)	s. o.
1.06.11 Pourcentage de territoires locaux où un programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu reconnu efficace est offert	s. o.	n. d.***	s. o.
1.06.14 Taux d'enfants resignalés	s. o.	n. d.	s. o.
1.06.12 Nombre moyen de déplacements vécus par l'enfant/jeune au cours d'une période de trois ans à compter de sa prise en charge	s. o.	n. d.	s. o.
1.08.09 Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1re ligne en CSSS (mission CLSC)	2 174	3 693	2 772
1.08.06 Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	119	190	125
1.08.05 Nombre de places en soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	240	246	248

Commentaires

1.06.10

(1) Plan de travail pour le déploiement des services complété par les établissements et approuvé par l'Agence.
Au cours de l'année 2011-2012, un comité directeur et un groupe de travail ont été mis en place afin de suivre les travaux de mise en place d'un programme en négligence sur les territoires de CSSS. Le groupe de travail, après avoir étudié les plans de travail du CSSSNL et du CSSSSL, a recommandé au comité directeur l'embauche d'un chargé de projet afin de :

- Développer un cadre de référence régional à partir du modèle « L'Entrain » de la région du Bas St-Laurent;
- Réaliser un plan d'action, en fonction du panier de services actuel de chacun des CSSS, en y intégrant les activités à mettre en place afin de correspondre à la structure du programme en négligence défini par le cadre de référence;
- Suivre des plans d'action sous-régionaux, en fonction d'indicateurs ciblés par le comité de direction.

1.08.09

Des efforts ont été déployés par les CSSS pour accentuer le virage des services de santé mentale de la 1re ligne en CSSS. Depuis le début de l'exercice 2011-2012, une démarche d'optimisation est sen cours au CSSSNL. Cette révision des processus mènera à la mise en place d'une 1re ligne formalisée à compter de l'automne 2012. Au CSSSSL, la mise en place d'un service de suivi court terme et la révision des processus amorcée ont permis d'améliorer la réponse aux besoins.

1.08.06

Compte tenu du ratio intervenant/usagers à respecter (1/8) et du maintien du nombre de postes affectés au suivi intensif, on note que le nombre de places a légèrement augmenté. Chacune des deux équipes de suivi intensif a bénéficié du soutien et de la formation du Centre national d'excellence en santé mentale.

Nom : Renée Desjardins : 1.06.10 Céline Carrier : 1.08.09 et 1.08.06	**Date** : 18 mai 2012

* Résultats en date du 16 mai 2011(T-BIG Web).
** Résultats en date du 6 mai 2012 (T-BIG Web).
*** Cibles non disponibles (n. d.)

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe d'intervention :	*Personnes ayant une déficience et leur famille*

Objectifs de résultats	2.2.8 Assurer la coordination des services dispensés par plusieurs établissements aux personnes ayant une déficience et à leur famille

Indicateurs	*Résultats* 2010-2011*	*Cibles 2011-2012*	*Résultats** 2011-2012*
1.55 à venir	s. v.	(1)	s. v.

Commentaires

(1) Nombre de PSI-PSII documentés;
Sessions de formation sur le PSI-PSII offertes aux intervenants des équipes DP-DI-TED des établissements.

Cette année, aucune formation n'a été offerte. Par contre, une formation est en élaboration avec le groupe de travail PSII et pourra être dispensée d'ici décembre 2012 à tous les intervenants et gestionnaires œuvrant auprès de la clientèle DP-DI-TED en fonction des besoins identifiés.

Les PSI n'ont pas tous été comptabilisés par les établissements. Les chiffres ne sont donc pas représentatifs de tous les PSI qui ont été réalisés, à l'exception du CR La Myriade qui est plus près de la réalité.

CR La Myriade : 50
CRDP Le Bouclier : 0
CSSSNL : 7
CSSSSL : 1

L'an prochain, tous les établissements auront comptabilisé le nombre de PSI avec I-CLSC et SIPAD.

Nom : Danielle Joly	**Date** : 18 mai 2012

* Résultats sans valeur (s. v.)
** Résultats sans valeur (s. v.)

Fiche de reddition de comptes 2011-2012	
Axe d'intervention :	***Réseaux de services intégrés***
Objectifs de résultats	2.3.1 Poursuivre la mise en place des réseaux de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (RSIPA) dans chaque territoire local, en favorisant leur implantation telle que définie dans les lignes directrices du MSSS

Indicateurs	*Résultats* 2010-2011*	*Cibles 2011-2012*	*Résultats** 2011-2012*
1.03.06 Degré moyen d'implantation des RSIPA dans les réseaux locaux de services	50 %	53 %	56 %

Commentaires

Au CSSSNL, le degré d'implantation des RSIPA est passé de 40,24 % en 2010-2011 à 50,86 % en 2011-2012, tandis que le CSSSSL a maintenu son degré d'implantation. Cette situation a permis à la région d'atteindre la cible.

Nom : Lucie Bastrash	**Date** : 18 mai 2012

* Résultats en date du 30 mai 2011 (T-BIG Web).
** Résultats en date du 29 mai 2012.

Fiche de reddition de comptes 2011-2012	
Axe d'intervention :	*Adaptation des services*

Objectifs de résultats	2.3.2 Favoriser l'adoption en centre hospitalier de pratiques organisationnelles et cliniques adaptées aux besoins particuliers des personnes âgées

Indicateurs	*Résultats* 2010-2011*	*Cibles 2011-2012*	*Résultats** 2011-2012*
1.03.09 Pourcentage des centres hospitaliers ayant mis en place la majorité des préalables reliés à l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée	100 %	100 %	100 %

Commentaires

Les établissements de la région ont maintenu les préalables reliés à l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée permettant ainsi l'atteinte de cette cible pour une deuxième année consécutive.

Nom : Lucie Bastrash	**Date** : 18 mai 2012

* Résultats en date du 26 mai 2011 (T-BIG Web pour 1.03.07).

** Résultats en date du 6 mai 2012 (T-BIG Web pour 1.03.09).

Fiche de reddition de comptes 2011-2012	
Axe d'intervention :	*Services de soutien à domicile*

Objectifs de résultats	2.4.2 Assurer une offre globale de service de soutien à domicile de longue durée pour s'adapter à l'augmentation des besoins de l'ensemble des clientèles, y compris les familles et les proches aidants

Indicateurs	*Résultats* 2010-2011*	*Cibles 2011-2012*	*Résultats** 2011-2012*
1.03.05 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS – mission CLSC)	s. o.	629 199	626 612

Commentaires

La cible fixée pour l'optimisation est atteinte à 99,5 %. Au cours de l'année, une importante transformation de l'utilisation du chèque Emploi-service a été réalisée afin d'offrir la modalité de services la plus appropriée aux besoins et capacités des différentes clientèles. Cela s'est traduit par une réduction, par rapport à 2009-2010, des heures en chèque Emploi-service et une augmentation des heures en aide à domicile fournies par les entreprises d'économie sociale (services achetés) et par les auxiliaires des CSSS.

Le coût horaire de ces modalités étant supérieur à celui du chèque Emploi-service, il ne nous a pas été possible d'atteindre la cible à 100 %. Mentionnons également que les CSSS assurent un suivi serré des heures dispensées par leur personnel afin d'augmenter la proportion des heures de service rendues au domicile de l'usager.

Nom : Lucie Bastrash	**Date** : 18 mai 2012

* Résultats sans objet (s. o.)

** Résultats en date du 6 mai 2012 (T-BIG Web).

Fiche de reddition de comptes 2011-2012	
Axe d'intervention :	***Diversification des milieux de vie***

Objectifs de résultats	2.4.3 Augmenter et diversifier l'offre de milieux de vie accessibles aux personnes ayant des incapacités significatives et persistantes (personnes âgées en perte d'autonomie, personnes atteintes de déficience, personnes atteintes de problèmes de santé mentale et autres)

Indicateurs	*Résultats* 2010-2011*	*Cibles 2011-2012*	*Résultats** 2011-2012*
1.03.08	S. O.	S. V.	(1)

Commentaires

(1) 2 292 ressources inscrites, T-BIG Web, le 29 mai 2012, non validées.

Nom :	**Date** :

* Résultats sans objet

** Résultats en date du 29 mai 2012

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe d'intervention :	*Services sociaux et de réadaptation*

Objectifs de résultats	3.1.1 Assurer, aux personnes ayant une déficience, l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis : ▪ pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité urgente : 3 jours ▪ pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité élevée : 30 jours en CSSS et 90 jours en CR ▪ pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité modérée : 1 an
	3.1.2 Assurer aux personnes ayant une dépendance un accès aux services d'évaluation spécialisée dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins

Indicateurs	*Résultats* 2010-2011*	*Cibles 2011-2012*	*Résultats** 2011-2012*
1.45 Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES – TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	54,3 %	(1)	68,4 %
1.07.04 Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins	77 %	80 % en 2015	81,4 %
Commentaires			

1.45

(1) Finalisation des travaux sur les modalités d'accès :

- Gestion standardisée et centralisée des listes d'attente
- Information aux personnes sur les délais d'accès aux services
- Intervenants pivots présents auprès des personnes présentant des situations complexes.

Dans l'ensemble, tous les établissements ont augmenté leurs taux de respect des délais d'accès. Un suivi est effectué auprès des établissements lors de chacune des périodes dans GESTRED et lors de chaque comité des gestionnaires d'accès en DP-DI-TED. Un état de la situation est fait et nous examinons les solutions que les établissements peuvent apporter pour améliorer les taux de respect. Le CSSSNL fait face à des difficultés concernant la fiabilité des données à cause des nombreuses AEO où sont comptabilisées les demandes. Leur solution est d'avoir un guichet unique. Cela leur permettrait, selon eux, de mieux saisir les données, de mieux cibler la demande de services avec le bon code puisqu'il y aura moins de portes d'entrée et de façons différentes de comprendre le type de service requis. Le CRDP Le Bouclier fait face à une demande croissante de demandes en déficience du langage. On peut compter environ un an et demi d'attente avant de recevoir des services dans ce programme.

1.07.04

L'augmentation du pourcentage des personnes évaluées dans les délais par rapport à 2010-2011 permet d'atteindre notre cible cette année.

Nom : Danielle Joly	**Date** : 15 mai 2012

* Résultats en date du 16 mai 2011(T-BIG Web).

** Résultats en date du 6 mai 2012 (T-BIG Web).

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe d'intervention :	*Médecine et chirurgie*

Objectifs de résultats	3.1.3 Assurer aux personnes inscrites au mécanisme central un accès aux chirurgies dans un délai de 6 mois
	3.1.4 Assurer aux personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire les services dans les délais établis
	3.1.5 Assurer aux personnes atteintes de cancer les services à l'intérieur d'un délai de 28 jours

Indicateurs	*Résultats* 2010-2011*	*Cibles 2011-2012*	*Résultats** 2011-2012*
1.09.20.01 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche	94,4 %	90 %	95,7 %
1.09.20.02 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale du genou	89,9 %	90 %	94,7 %
1.09.20.03 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie de la cataracte	99,6 %	90 %	98,5 %
1.09.20.04 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie d'un jour	93,3 %	90 %	93,7 %
1.09.20.05 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation	97,3 %	90 %	97,1 %
1.09.08 Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie	s. o.	s. o.	s. o.
1.09.09 Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque	s. o.	s. o.	s. o.
1.09.10 Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie	s. o.	s. o.	s. o.
1.09.07 Proportion des patients traités à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie	s. o.	s. o.	s. o.
1.09.33 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai de 28 jours ou moins (de calendrier)	s. o.	s. o.	71,2 %

Commentaires

Cette année encore, il y a eu l'atteinte des cibles pour l'ensemble des délais pour les chirurgies ciblées par ces indicateurs.

Toutes les personnes impliquées dans le mécanisme d'accès participent à l'amélioration des processus, afin de maintenir des résultats performants et réduire les délais d'attente pour la clientèle de notre région.

Nom : Rosalie Ménard	**Date** : 24 mai 2012

* Résultats en date du 16 mai 2011(T-BIG Web).
** Résultats en date du 6 mai 2012 (T-BIG Web).

Fiche de reddition de comptes 2011-2012	
Axe d'intervention :	*Urgences*

Objectifs de résultats	3.1.6 Assurer une durée de séjour acceptable à l'urgence* pour les personnes sur civière * Plusieurs mesures du Plan stratégique contribuent à l'atteinte de cet objectif

Indicateurs	*Résultats* 2010-2011*	*Cibles 2011-2012*	*Résultats** 2011-2012*
1.09.31 Pourcentage de séjours de 24 heures et plus sur civière	s. o.	32,30%	42,32%
1.09.03 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	20,2	13,4%	13,8%
1.09.01 Séjour moyen sur civière (durée)	28,00	22,30	24,86

Commentaires

Les résultats au 31 mars 2011 indiquent la non-atteinte des cibles au niveau régional; cependant, plusieurs travaux ont été effectués et on note une amélioration significative au niveau du pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière.

Les deux CSSS travaillent en collaboration avec l'équipe de coordination ministérielle sur le désengorgement des urgences et l'Agence dans l'application de mesures structurantes d'un plan d'action visant le désencombrement de l'urgence et la volonté d'agir en amont et en aval de ce service.

Le monitorage des plans d'action a été fait régulièrement au cours de l'année. Les équipes de direction des CSSS ont d'ailleurs fait l'objet de visites par l'équipe de coordination ministérielle sur le désengorgement des urgences : en octobre 2010 pour le CSSSNL, un rapport a été émis avec des recommandations et en février 2012, pour le CSSSSL. Ce dernier a une problématique de précarité dans la disponibilité des lits de courte durée et un achalandage important encore cette année.

Nom : Jocelyne Cherry	**Date** : 24 mai 2012

* Résultats en date du 16 mai 2011 (T-BIG Web).
** Résultats en date du 06 mai 2012 (T-BIG Web).

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe d'intervention :	*Santé mentale*

Objectifs de résultats	3.1.7 Assurer aux personnes ayant des problèmes de santé mentale l'accès : ▪ aux services spécifiques de première ligne offerts par les CSSS à l'intérieur de 30 jours ▪ aux services spécialisés de deuxième et de troisième ligne à l'intérieur de 60 jours

Indicateurs	*Résultats* 2010-2011*	*Cibles 2011-2012*	*Résultats** 2011-2012*
1.08.11			
1.08.12			

Commentaires

Aucune donnée disponible - Travaux SOGIQUE en cours.

Nom :	**Date** :

* Résultats en date du

** Résultats en date du

Fiche de reddition de comptes 2011-2012	
Axe d'intervention :	***Références aux services médicaux spécialisés***
Objectifs de résultats	3.1.8 Améliorer l'accès aux services diagnostiques et aux médecins spécialistes pour les personnes présentant certaines conditions cliniques et référées par un médecin de famille

Indicateurs	*Résultats* 2010-2011*	*Cibles 2011-2012*	*Résultats** 2011-2012*
À déterminer			
Commentaires			
Nom :	**Date** :		

* Résultats en date du

** Résultats en date du

Fiche de reddition de comptes 2011-2012	
Axe d'intervention :	***Contrôle des infections nosocomiales***
Objectifs de résultats	4.1.3 Maintenir les taux d'infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale inférieurs ou égaux aux seuils établis

Indicateurs	*Résultats* 2010-2011*	*Cibles 2011-2012*	*Résultats** 2011-2012*
1.01.19 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis	50 %	50 %	À venir

Commentaires

Dans le cadre du Plan stratégique 2010-2015 du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a été mandaté pour présenter les résultats relatifs à l'indicateur de l'axe d'intervention sur le contrôle des infections nosocomiales, pour le MSSS et les agences.

Les résultats pour 2011-2012 seront disponibles le 1er juin.

Nom : Élizabeth Cadieux	**Date** : 18 mai 2012

* Résultats issus de la *Présentation des résultats pour l'année 2010-2011* faite par la Direction des risques biologiques et de la santé au travail, INSPQ, 2 juin 2011.

** Résultats à venir le 1er juin 2012.

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe d'intervention :	***Disponibilité et utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau***

Objectifs de résultats	5.1.3 Produire et mettre à jour annuellement le plan de main-d'œuvre aux paliers local, régional et national de façon à identifier et à mettre en œuvre les stratégies pour assurer l'équilibre entre les effectifs requis et disponibles
	5.1.4 Assurer une utilisation optimale des compétences du personnel par la mobilisation des établissements à réaliser une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail
	5.1.5 Réduire le temps travaillé en heures supplémentaires dans l'ensemble des secteurs d'activité
	5.1.6 Réduire le recours à la main-d'œuvre indépendante dans les secteurs d'activité clinique

Indicateurs	*Résultats* 2010-2011*	*Cibles 2011-2012*	*Résultats** 2011-2012*
3.08 Pourcentage d'établissements et d'agences ayant mis à jour leur plan de main d'œuvre			
3.09 Pourcentage d'établissements ayant réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail	s. o.	s. v.	60 %
3.05.01 Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières	5,70 %	5,98 %	6,41 %
3.05.02 Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par le personnel du réseau	3,78 %	3,68 %	3,81 %
3.06.01 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières	4,45 %	5,68 %	5,28 %
3.06.02 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières auxiliaires	3,26 %	3,26 %	3,10 %
3.06.03 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires.	0,53 %	0,95 %	0,80 %

Commentaires

3.05.01 et 3.05.02

Une stratégie régionale d'optimisation et de réorganisation du travail a été développée par le MSSS et l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière afin de permettre l'atteinte des cibles de recours à la main-d'œuvre indépendante et du temps supplémentaire au cours des prochaines années.

Vu l'augmentation de 12,5 % des heures supplémentaires travaillées par les infirmières depuis 2010-2011, la cible établie à 5,98 n'a pu être atteinte.

3.06.01

Augmentation par rapport à l'année précédente. La cible est tout de même atteinte.

Nom : Marylène Ricard	**Date** : 23 mai 2012

* Résultats P-12 en date du 25 mai 2011 (T-BIG Web).

** Résultats P-13 en date du 18 mai 2012 (T-BIG Web).

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe d'intervention :	***Rétention et mieux-être au travail***

Objectifs de résultats	5.2.1 Mettre en œuvre des mesures pour améliorer le climat de travail et favoriser la santé et le bien-être du personnel du réseau et du Ministère en s'appuyant sur les programmes de type Entreprise en santé
	5.2.2 Favoriser l'adaptation de la relève professionnelle à la profession et au milieu de travail

Indicateurs	***Résultats* 2010-2011***	***Cibles 2011-2012***	***Résultats** 2011-2012***
3.14 Pourcentage d'établissements ayant obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines			
3.13 Pourcentage d'établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail			
3.01Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées.	6,92%	6,19%	6,76%

Commentaires

3.01

Les plans d'action en gestion de la présence au travail ont permis au réseau lanaudois de diminuer le ratio d'heures en assurance salaire par rapport à 2010-2011.

Nom : Marylène Ricard	**Date** : 23 mai 2012

* Résultats P-12 en date du 25 mai 2011 (T-BIG Web).

** Résultats P-13 en date du 18 mai 2012 (T-BIG Web).

Fiche de reddition de comptes 2011-2012	
Axe :	***Urgences***
Objectifs de résultats	

Indicateurs	*Résultats* 2010-2011*	*Cibles 2011-2012*	*Résultats** 2011-2012*
4.01.01 Nombre moyen de patients par CH en processus ou en attente d'évaluation/orientation vers la longue durée ou vers les lits post hospitaliers et occupant des lits de courte durée (CD)	20,7	3 ou moins	7,9
4.01.02 Nombre moyen de patients par CH en attente de services de soins palliatifs occupant des lits de courte durée (CD)	3,0	3 ou moins	2,3
4.01.03 Nombre moyen de patients par CH en attente de convalescence occupant des lits de courte durée (CD)	0,5	3 ou moins	11,0
4.01.04 Nombre moyen de patients par CH en attente de réadaptation occupant des lits de courte durée (CD)	3,5	3 ou moins	3,7
4.01.05 Nombre moyen de patients par CH en attente d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale	16,7	3 ou moins	7,7
4.01.06 Nombre moyen de patients par CH en attente de ressources non institutionnelles(RNI) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale.	6,8	3 ou moins	3,6
4.01.07 Nombre moyen de patients par CH en attente d'hébergement de longue durée en santé mentale occupant des lits de courte durée (CD)	3,8	3 ou moins	1,9

Commentaires

4.01.01

En 2010-2011, le résultat de 20,7 incluait les personnes en attente d'une place en UTRF.

En 2011-2012, le nombre de personnes en attente d'une place en UTRF est comptabilisé à la variable 9b).
Ainsi, le résultat 2011-2012 comparable à celui de 2010-2011 serait de 17,99 (l'UTRF représentant un nombre moyen de personnes en attente de 10,09).

Avec un résultat de 7,9 personnes en processus ou en attente d'évaluation/orientation vers la longue durée ou vers les lits de posthospitalisation, un travail important reste à faire pour atteindre un maximum de trois personnes en attente. Le développement de lits d'UTRF, spécifiquement pour l'évaluation-orientation dans le sud du territoire, permettrait de réaliser le moins possible d'OEMC en CH et de réduire ainsi l'occupation de lits de courte durée. Les lignes directrices pour les UTRF, qui seront prochainement déposées par le MSSS, apporteront davantage de précisions quant au nombre requis de places, tant pour le volet réadaptation que pour le volet évaluation-orientation.

Commentaires
4.01.02 On note une amélioration par rapport à l'année dernière et la cible est atteinte. **4.01.03** Le nombre moyen de patients en attente de convalescence comprend, conformément à la fiche descriptive de l'indicateur, les personnes en attente de convalescence et celles en attente d'UTRF. En 2010-2011, nous avions comptabilisé l'attente pour l'UTRF à l'indicateur 4.01.01. En 2011-2012, le nombre moyen de personnes en attente de convalescence est de 0,92. Le résultat de 11 personnes en attente par rapport à un maximum de 3 est très élevé et s'explique essentiellement par l'attente pour une place en UTRF (10,09) (voir commentaire 4.01.01). **4.01.04** Le résultat 2011-2012 est sensiblement le même que l'année précédente et légèrement supérieur à la cible. **4.01.05** Le nombre moyen de personnes en attente de CHSLD est nettement inférieur à celui de 2010-2011. Nous observons cependant que ce nombre est supérieur dans le sud du territoire où nous affichons un manque de lits de longue durée. Les appels d'offres pour l'ouverture d'une ressource de 198 lits de longue durée se feront prochainement; la disponibilité accrue de places permettra de réduire la pression qui s'exerce actuellement dans les lits de courte durée. **4.01.06** Le nombre moyen de personnes en attente de RNI est égal à 0 pour le nord du territoire; ce résultat s'explique par le fait qu'en 2011-2012 plusieurs places en RI ont été ouvertes, répondant ainsi au besoin accru. Pour ce qui est du sud du territoire, des travaux sont en cours pour réviser le niveau de réponse aux besoins des places disponibles en RI et l'ajuster davantage à la clientèle. Cet exercice permettra une utilisation optimale des ressources déjà à la disposition du territoire. **4.01.07** La cible est atteinte.
Nom : Lucie Bastrash — **Date** : 18 mai 2012

* Résultats en date du 16 mai 2011(T-BIG Web).
** Résultats en date du 6 mai 2012 (T-BIG Web).

Fiche de reddition de comptes 2011-2012	
Axe :	*Urgences*

Objectifs de résultats	

Indicateurs	*Résultats* 2010-2011*	*Cibles 2011-2012*	*Résultats** 2011-2012*
4.01.08 Taux de déclaration en hébergement à partir du CHSGS des 75 ans et plus	7,70 %	Moins de 5 %	6,58 %

Commentaires

L'ouverture de 24 nouveaux lits d'UTRF dans la région a permis de diminuer de 14,5 % le taux de déclaration depuis l'an dernier. Au cours des trois dernières années, cet indicateur s'est amélioré de manière constante.

Nom : Lucie Bastrash	**Date** : 18 mai 2012

* Résultats en date du 16 mai 2011(T-BIG Web).
** Résultats en date du 6 mai 2012 (T-BIG Web).

Agence de la santé
et des services sociaux
de Lanaudière
Québec

ANNEXE 7

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE CONCERNANT LES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION, LE PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL ET LE DIRECTEUR DE SANTÉ PUBLIQUE ET D'ÉVALUATION DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LANAUDIÈRE

Adopté par le conseil d'administration le 8 novembre 2006

PRÉAMBULE

Suivant l'article 340 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et l'article 24 de la Loi 25 *sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, l'Agence a principalement pour objet de planifier, d'organiser, de mettre en œuvre et d'évaluer, dans la région Lanaudière, les orientations et politiques élaborées par le ministre.

Elle a aussi pour objet :

1° d'assurer la participation de la population à la gestion du réseau public de services de santé et de services sociaux et d'assurer le respect des droits des usagers ;

2° d'élaborer les priorités de santé et de bien-être en fonction des besoins de la population de sa région, en tenant compte des objectifs fixés par le ministre ;

3° d'établir les plans d'organisation de services de son territoire et d'évaluer l'efficacité des services; la partie des plans d'organisation de services, qui vise des services médicaux, doit faire l'objet d'un avis de la Commission médicale régionale et d'un avis du Département régional de médecine générale ;

4° d'allouer les budgets destinés aux établissements et d'accorder les subventions aux organismes communautaires et aux ressources privées agréées ;

5° d'assurer la coordination des activités médicales particulières des médecins ainsi que des activités des établissements, des organismes communautaires, des ressources intermédiaires et des résidences d'hébergement agréées aux fins de subventions et de favoriser leur collaboration avec les autres agents de développement de leur milieu ;

6° de mettre en place des mesures visant la protection de la santé publique et la protection sociale des individus, des familles et des groupes ;

7° d'assurer une gestion économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières mises à sa disposition ;

8° d'exécuter tout mandat que le ministre lui confie.

Une conduite conforme à l'éthique demeure, par conséquent, une préoccupation constante des administrateurs de l'Agence de la santé et des services sociaux pour garantir à la population une gestion intègre et transparente des fonds publics.

SECTION I - INTRODUCTION

Le présent code d'éthique et de déontologie s'adresse aux administrateurs du conseil d'administration, au président-directeur général et au directeur de santé publique et d'évaluation de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière.

Dans le cadre de sa mission de planification, d'organisation et d'évaluation de l'ensemble des services de santé et des services sociaux, l'Agence doit pouvoir compter sur l'intégrité, l'honnêteté et la bonne foi individuelle et professionnelle des administrateurs, du président-directeur général et du directeur de santé publique et d'évaluation en vue d'assurer notamment le maintien et l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population concernée.

Étant imputables devant la Loi[7] et en considération des ressources publiques qui sont confiées à l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, les administrateurs, le président-directeur général et le directeur de santé publique et d'évaluation de l'Agence se doivent, en ce sens, d'adopter une conduite qui témoigne de leur dévouement au service public et qui soit empreinte d'une éthique élevée.

---

[7] *Loi sur les services de santé et des services sociaux* et la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif*

Le présent document fait appel au sens des responsabilités des administrateurs, du président-directeur général et du directeur de santé publique et d'évaluation et au jugement des individus. Il revient à chacun, dans sa conduite professionnelle, d'avoir comme préoccupation constante le respect des obligations déontologiques et d'adhérer aux principes d'éthiques définis dans le code.

De plus, l'administrateur, le président-directeur général et le directeur de santé publique et d'évaluation doivent être sensibles aux besoins de la population et doivent privilégier la prise en compte des droits fondamentaux de la personne. Ils privilégient également l'intérêt collectif de la population de la région plutôt que l'intérêt d'un secteur ou d'une ressource ou d'un établissement.

Ils doivent aussi s'assurer de la participation, de la motivation, de la valorisation, du maintien des compétences et du développement des ressources humaines.

Ils se rendent également disponibles pour remplir leurs fonctions en s'engageant à assister et à participer, le plus régulièrement possible, aux séances du conseil d'administration, tout en prenant une part active aux décisions de ce dernier.

Les obligations et principes prévus dans le présent code s'ajoutent à ceux établis par la loi, un règlement ou un autre code applicable. En cas de divergence, les obligations et principes les plus exigeants s'appliquent.

SECTION II - PRINCIPES ÉTHIQUES ET DÉONTOLOGIQUES

Les administrateurs adhèrent aux principes suivants :

Impartialité : implique qu'ils doivent éviter toute préférence ou parti pris indu incompatible avec la justice et l'équité et éviter les préjugés notamment ceux reliés au sexe, à la race, à la couleur, à la religion ou à l'orientation sexuelle, à la langue ou à un handicap et aux convictions politiques d'une personne ou d'un organisme.

Loyauté : implique qu'ils adhèrent de bonne foi aux principes démocratiques de notre société et en conséquence, respectent les lois qui les régissent. Implique également qu'ils défendent les intérêts de l'Agence, avec probité, droiture et honnêteté.

Respect : implique qu'ils agissent avec courtoisie, considération et égards envers les autres, tant par leurs paroles que leur attitude, et qu'ils doivent faire preuve également de respect envers l'Agence durant leur mandat et après la fin de ce dernier.

SECTION III - OBLIGATIONS ÉTHIQUES ET DÉONTOLOGIQUES

Administrateurs : ce sont des personnes nommées par le ministre de la Santé et des Services sociaux qui siègent au sein du conseil d'administration de l'Agence.

Le présent code d'éthique et de déontologie concerne également le président-directeur général et le directeur de santé publique et d'évaluation de l'Agence qui sont aussi nommés par le ministre.

Pour les fins de compréhension et d'allègement du texte, le terme administrateur inclut les membres du conseil d'administration, le président-directeur général et le directeur de santé publique et d'évaluation.

Service public : implique que l'administrateur a été nommé pour contribuer à la réalisation de la mission de l'État, en santé et services sociaux, pour le mieux-être de la population et des citoyens, que le fait d'être un administrateur de l'Agence ne donne aucun pouvoir ou privilège quant aux services de santé et services sociaux auxquels une personne a droit et qu'il doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés.

Information : implique que l'administrateur a le devoir d'agir avec rigueur et à cette fin, de s'informer des dossiers soumis à son attention, ainsi que de communiquer à ses collègues les informations pertinentes.

Compétence : implique que l'administrateur accomplit ses responsabilités et les attributions de ses fonctions de façon compétente. Il doit s'assurer que le service dispensé sera fait d'une manière appropriée, suffisante et satisfaisante pour les clientèles desservies et qu'il utilise les moyens disponibles pour développer son expertise.

Discrétion : implique que l'administrateur garde secrets les faits ou les renseignements dont il prend connaissance et qui revêtent un caractère confidentiel, en incluant la sécurité des actifs informationnels et de télécommunication et la protection des données et des renseignements confidentiels de l'Agence. Il adopte de plus une attitude de réserve à l'égard de tous les faits ou informations qui sont portés directement ou indirectement à son attention et qui seraient de nature à nuire à l'intérêt public ou de porter atteinte à la vie privée des citoyens.

Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher un administrateur, représentant ou lié à un groupe d'intérêts particuliers, de le consulter ni de leur faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant la loi ou si le conseil d'administration exige le respect de la confidentialité. L'administrateur reconnaît l'importance de protéger la confidentialité des renseignements nominatifs et doit s'assurer que les décisions et les activités de l'Agence respectent cette confidentialité ainsi que la législation applicable.

Prudence-diligence : implique que l'administrateur s'engage à agir avec soin, de façon réfléchie et avec attention dans ses fonctions comme le ferait une personne raisonnable, compte tenu de ses connaissances et responsabilités.

Honnêteté : implique que l'administrateur fasse preuve de probité et de droiture. Il ne peut se placer en situation d'abus de confiance, de corruption ou de tentative de corruption ou en toute autre situation à caractère frauduleux qui risquerait d'entacher son mandat et ses responsabilités à l'Agence. Il doit notamment s'abstenir de tout échange de procédés illégitimes avec ses collègues du conseil d'administration, les partenaires, les gestionnaires et les employés de l'Agence.

De même, il ne doit pas accorder, solliciter ou accepter une faveur ou un avantage indu, ni utiliser à son avantage ou pour une autre personne, un bien de l'Agence ou une information qu'il détient. L'administrateur fait preuve d'honnêteté intellectuelle à l'égard même du contenu du mandat qui lui est confié et des fonctions qu'il occupe. Il ne doit pas s'approprier ou utiliser sans autorisation les droits intellectuels de toute autre personne ou organisation.

Non-acceptation d'avantages ou de bénéfices indus : l'administrateur se comporte de façon à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions d'administrateur. L'administrateur ne peut, pour lui ou un tiers, accepter ni solliciter aucun avantage ou bénéfice, directement ou indirectement, d'une personne ou entreprise faisant affaire avec l'Agence, ou agissant au nom ou pour le bénéfice d'une telle personne ou entreprise, si cet avantage ou bénéfice est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des expectatives en ce sens.

Notamment, est considéré un avantage prohibé, tout cadeau, somme d'argent, prêt à taux préférentiel, remise de dette, offre d'emploi, faveur particulière ou autre chose ayant une valeur monétaire appréciable qui peut compromettre ou semble compromettre l'attitude de l'administrateur à prendre des décisions justes et objectives.

L'administrateur ne reçoit aucun traitement ou autres avantages pécuniaires à « l'exception de la rémunération, pour le président-directeur général et du directeur de santé publique et d'évaluation » et il a droit au remboursement de ses dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions aux conditions et dans la mesure déterminées par le gouvernement ou le ministre de la Santé et des Services sociaux.

Le président-directeur général et le directeur de santé publique et d'évaluation ne peuvent, sous peine de suspension ou de déchéance de leur charge, accepter une somme ou un avantage direct ou indirect d'une fondation ou d'une personne morale qui sollicite du public le versement de sommes ou de dons dans le domaine de la santé et des services sociaux.

L'administrateur qui reçoit un avantage indu en contravention du présent code ou des lois et règlements, doit remettre à l'Agence la valeur de l'avantage reçu.

Absence de conflit d'intérêts : implique que l'administrateur ne place pas son intérêt au-dessus de l'intérêt public en vertu duquel il exerce ses fonctions. La notion de conflit d'intérêts constitue une notion très large. Il y a conflit d'intérêts lorsque l'intérêt direct ou indirect de l'administrateur est tel qu'il risque de compromettre l'exécution objective de sa tâche car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence de cet intérêt.

Par conséquent, l'administrateur :

- doit éviter de se placer dans une situation de conflit entre son intérêt personnel et les obligations de ses fonctions ;

- doit déclarer à l'Agence tout intérêt direct et indirect qu'il a dans une personne morale, une société, une entreprise commerciale ou un organisme à but lucratif ou sans but lucratif, susceptible de le placer dans une situation de conflit d'intérêts, ainsi que les droits qu'il peut faire valoir contre l'Agence, en indiquant le cas échéant, leur nature et leur valeur ;

- doit, s'il n'est pas à temps plein, et s'il a un intérêt direct ou indirect dans une personne morale, une société, une entreprise commerciale ou un organisme à but lucratif ou sans but lucratif qui met en conflit son intérêt personnel et celui de l'Agence, déclarer par écrit cet intérêt au président du conseil d'administration et, le cas échéant, s'abstenir de participer à toute délibération et à toute décision portant sur la personne morale, la société, l'organisme ou l'entreprise dans lequel il a cet intérêt. Il doit en outre se retirer de la séance pour la durée des délibérations et du vote relatif à cette question ;

- ne peut, s'il est à temps plein, sous peine de révocation, avoir un intérêt direct ou indirect dans une personne morale, une société, une entreprise commerciale ou un organisme à but lucratif ou sans but lucratif, mettant en conflit son intérêt personnel et celui de l'Agence ; toutefois, cette révocation n'a pas lieu si un tel intérêt lui échoit par succession ou donation pourvu qu'il y renonce ou en dispose avec diligence.

Absence de parti pris politique : l'administrateur doit éviter tout parti pris politique dans l'exercice de ses fonctions et doit faire preuve de réserve dans la manifestation de ses opinions politiques.

L'après-mandat : l'administrateur est soumis à certaines obligations après la fin de son mandat.

Par conséquent, l'administrateur :

- se comporte de façon à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur ;

- évite, dans l'année suivant la fin de son mandat, d'agir en son nom personnel ou pour le compte d'autrui relativement à une procédure, à une négociation ou à une autre opération à laquelle l'Agence est partie et sur laquelle il détient de l'information non disponible au public ;

- ne fait pas usage, en tout temps, de l'information à caractère confidentiel qu'il a obtenue dans l'exécution ou à l'occasion de ses fonctions d'administrateur, ne donne à quiconque des conseils fondés sur de l'information non disponible au public concernant les responsabilités de l'Agence ou des établissements de santé ou de services sociaux ;

- évite de ternir, par des propos immodérés, la réputation de l'Agence, de toutes les personnes qui y œuvrent, ainsi que de ses collègues et partenaires.

SECTION IV - MODALITÉS D'APPLICATION DU CODE

4.1 Le président du conseil d'administration est responsable de l'application du présent code et doit s'assurer du respect de celui-ci par le président-directeur général, le directeur de santé publique et d'évaluation et les autres administrateurs de l'Agence.

4.2 Le président du conseil d'administration doit s'assurer de la connaissance par les administrateurs, des principes, règles et modalités du présent code et agir auprès d'eux à titre de conseiller, notamment en prévoyant les formations requises.

4.3 Les administrateurs du conseil d'administration sont informés de toute situation où un administrateur a pu contrevenir à la loi, au règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics ou au code d'éthique et de déontologie.

4.4 Toute personne qui est d'avis qu'un administrateur a pu contrevenir à la loi, au règlement ou au présent code d'éthique et de déontologie, en saisit le président du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier, le vice-président du conseil d'administration.

4.5 Le président du conseil d'administration informe, conformément à l'article 37 du règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics, le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif lorsque le président-directeur général, le directeur de la santé publique et d'évaluation de l'Agence de la santé et des services sociaux ou tout autre administrateur a dérogé à la loi, au règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics ou au code d'éthique et de déontologie.

Le vice-président du conseil d'administration informe, conformément à l'article 37 du règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics, le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif lorsque c'est le président du conseil d'administration qui a dérogé à la loi, au règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics ou au code d'éthique et de déontologie.

4.6 L'administrateur, le président-directeur général ou le directeur de santé publique et d'évaluation à qui l'on reproche des manquements à l'éthique ou à la déontologie, peut être relevé provisoirement de ses fonctions, avec rémunération, s'il en recevait une, par l'autorité compétente, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave.

4.7 Sur conclusion que l'administrateur, le président du conseil d'administration, le président-directeur général ou le directeur de la santé publique et d'évaluation a contrevenu à la loi, au règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics ou au code d'éthique et de déontologie, l'autorité compétente lui impose une sanction (Réf.: section VI, article 6.2).

4.8 Toute sanction imposée au président du conseil d'administration, au président-directeur général, au directeur de la santé publique et d'évaluation ou à tout autre administrateur, de même que la décision de le relever provisoirement de ses fonctions, doit être écrite et motivée.

SECTION V - OBLIGATION DE RESPECT DU CODE ET DÉCLARATION DES INTÉRÊTS

5.1 Dès son entrée en fonction, toute personne nommée au conseil d'administration doit s'engager à respecter le présent code et signer, à cet effet, l'annexe I identifiée « Engagement personnel ».

5.2 Dès son entrée en fonction, toute personne nommée au conseil d'administration doit compléter, signer et remettre une déclaration qui apparaît à l'annexe II du présent code identifiée « Déclaration des intérêts » et elle doit amender cette déclaration dès qu'elle connaît un élément nouveau qui devrait s'y ajouter.

5.3 Le président-directeur général et le directeur de santé publique et d'évaluation doivent s'engager à respecter le présent code et signer à cet effet l'annexe I identifiée « Engagement personnel ».

5.4 Le président-directeur général et le directeur de santé publique et d'évaluation doivent compléter, signer et remettre une déclaration qui apparaît à l'annexe II du présent code identifiée « Déclaration des intérêts » et ils doivent amender cette déclaration dès qu'ils connaissent un élément nouveau qui devrait s'y ajouter.

SECTION VI - PROCESSUS DISCIPLINAIRE ET SANCTIONS

6.1 Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une norme prévue par le présent code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner l'imposition d'une sanction.

6.2 En vertu de l'article 41 du règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics, la sanction qui peut être imposée aux administrateurs est la réprimande, la révocation ou la suspension sans rémunération d'une durée maximale de trois mois.

SECTION VII - ENGAGEMENTS

7.1 Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent code par le conseil d'administration, chaque administrateur doit produire la déclaration des intérêts prévue à l'annexe II du présent code.

7.2 Chaque nouvel administrateur doit faire de même dans les soixante (60) jours de son entrée en fonction.

SECTION VIII - PUBLICITÉ DU CODE

8.1 L'Agence rend accessible un exemplaire du code d'éthique et de déontologie des administrateurs à toute personne qui en fait la demande.

8.2 L'Agence joint dans son rapport annuel, le code d'éthique et de déontologie des administrateurs.

8.3 Le rapport annuel de l'Agence doit faire état :

- du nombre et de la nature des signalements reçus ;
- du nombre de cas traités et de leur suivi ;
- de la décision ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées ;
- des noms des personnes ayant été suspendues ou révoquées.

SECTION IX - COMITÉ CONSEIL SUR L'ÉTHIQUE ET LA DÉONTOLOGIE

9.1 Par le présent code, un comité conseil sur l'éthique et la déontologie est institué. Il est composé du vice-président du conseil d'administration, de deux membres nommés par et parmi les membres du conseil d'administration autres que le président du conseil d'administration et le président-directeur général et d'un substitut. Le comité procède à la nomination d'un président.

9.2 Le mandat du comité est :

- d'enquêter sur toute dénonciation ou sur toute matière découlant de l'application du présent code ;
- de déterminer, suite à une enquête, si un membre a contrevenu aux dispositions du présent code ;
- de réviser et de mettre à jour le code d'éthique et de déontologie. Il peut consulter toute personne-ressource pour l'aider dans la démarche de révision et de mise à jour du code de déontologie ;
- de donner les avis requis par le président ;
- de rédiger le rapport annuel du comité en tenant compte des obligations inscrites à l'article 8.3 et de le déposer au président du conseil d'administration.

9.3 Le mandat de chacun de ces membres est d'une durée d'un an et est renouvelable.

9.4 Une personne cesse d'être membre du comité lorsqu'elle perd la qualité nécessaire à sa nomination.

9.5 Sous réserve de l'article 9.3, un membre du comité demeure en fonction, malgré la fin de son mandat, tant qu'il n'est pas remplacé ou désigné de nouveau.

9.6 Toute vacance survenant au comité est comblée pour la durée non écoulée du mandat suivant les prescriptions de l'article 9.1 du présent code.

9.7 Dans l'hypothèse où une dénonciation concerne un membre du comité, ce dernier ne peut y siéger et est remplacé par le membre substitut jusqu'à la fin de l'enquête.

9.8 Le quorum des réunions du comité est de deux membres. Le comité tient au moins une réunion annuelle.

SECTION X - CONSERVATION DES DOCUMENTS

10 Tous les documents concernant les engagements personnels et les déclarations des intérêts des administrateurs sont consignés, pour la durée de leur mandat, dans les registres du Conseil d'administration gardés au bureau de la Direction générale de l'Agence.

SECTION XI - DISPOSITIONS FINALES

11 Le présent code de déontologie entre en vigueur à la date de son adoption par le conseil d'administration et remplace le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière adopté le 25 janvier 2005.

Agence de la santé
et des services sociaux
de Lanaudière
Québec

ANNEXE I

ENGAGEMENT PERSONNEL

Je, _____ administrateur, domicilié et résidant au _____ ai pris connaissance des lois et règlements qui régissent les membres du conseil d'administration de l'Agence incluant le code d'éthique et de déontologie des administrateurs de l'Agence et m'engage à m'y conformer.

Signé à _____ le _____

Signature de l'administrateur : _____

Agence de la santé
et des services sociaux
de Lanaudière
Québec

ANNEXE II

DÉCLARATION DES INTÉRÊTS

Je, (administrateur de l'Agence) : _____

déclare les intérêts suivants :

1. Je détiens des intérêts pécuniaires dans les personnes morales, sociétés, entreprises commerciales, organismes à but lucratif ou sans but lucratif, identifiés ci-après :

_____

Nommer les personnes morales, sociétés, entreprises commerciales ou organismes à but lucratif ou sans but lucratif concernés

2. J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise commerciale ou d'un organisme à but lucratif ou sans but lucratif, identifiés ci-après :

_____

Nommer les personnes morales, sociétés, entreprises commerciales ou organismes à but lucratif ou sans but lucratif concernés

3. J'occupe les emplois suivants : préciser l'emploi et nommer l'employeur

_____	_____
titre de l'emploi	nom de l'employeur
_____	_____
titre de l'emploi	nom de l'employeur
_____	_____
titre de l'emploi	nom de l'employeur

Signé à _____ le _____

Signature de l'administrateur : _____

Agence de la santé
et des services sociaux
de Lanaudière
Québec